

## OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIOBIORCY W SPRAWIE UBEZPIECZENIA

### I część – wypełnia świadczeniobiorca

NAZWISKO .....

IMIĘ PIERWSZE.....

IMIĘ DRUGIE .....

NAZWISKO RODOWE.....

OBYWATELSTWO.....

DATA URODZENIA .....

PESEL.....

ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI .....

ADRES ZAMELDOWANIA (kod, miejscowość, gmina, ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....

ADRES ZAMIESZKANIA (kod, miejscowość, gmina, ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....

PODLEGAM/NIE PODLEGAM ubezpieczeniom społecznym z innego tytułu TAK/NIE (np. KRUS)

PODLEGAM/NIE PODLEGAM ubezpieczeniom zdrowotnym z innego tytułu

.....

(osoby, które można zgłosić do ubezpieczeń zdrowotnych: dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku; małżonek; wstępni, pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym)

NAZWISKO	IMIĘ	PESEL	DATA URODZENIA	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

**Jednocześnie oświadczam, że jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

**Ponadto zobowiązuję się poinformować o okolicznościach powodujących konieczność wyrejestrowania członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.**

.....

Data i podpis przyjmującego oświadczenie

.....

Data i podpis oświadczającego

**II część – wypełnia pracownik Działu Świadczeń i Analiz**

1. Czy osoba była wcześniej uprawniona do świadczenia TAK/NIE?
2. Jeżeli osoba była wcześniej uprawniona do świadczenia (proszę o wskazanie od kiedy i do kiedy i rodzaj świadczenia)

.....

3. Do jakiego świadczenia osoba będzie aktualnie uprawniona i od kiedy?

.....

.....

Data i podpis pracownika Działu Świadczeń i Analiz

**III część – wypełnia pracownik Działu Finansowo – Administracyjnego**

Rodzaj składek oraz informacja od kiedy osoba będzie ubezpieczona

.....

.....

Data i podpis pracownika Działu Finansowo-Administracyjnego