

OŚWIADCZENIE DO UBEZPIECZEŃ

1. Ja , niżej podpisany(a) oświadczam, że posiadam prawo do:

- **Emerytury** **TAK/NIE***
nr emerytury.....
- **Świadczenia przedemerytalnego** **TAK/NIE***
nr świadczenia.....
- **Renty** **TAK/NIE***
nr renty.....
Renta przyznana od dnia do dnia.....
- **Posiadam stopień niepełnosprawności** **TAK/NIE***
LEKKI, UMIARKOWANY, ZNACZNY* (przedłożyć kopię orzeczenia)

2. **Adres zamieszkania:**

Kod pocztowy....., Miejscowość.....
Ulica....., Nr domu/ mieszkania.....
Gmina....., Województwo.....
Narodowy Fundusz Zdrowia.....

3. **Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny** **TAK/NIE***

Imię i nazwisko:.....
Pesel:....., stopień niepełnosprawności.....
Adres zamieszkania.....
Stopień pokrewieństwa.....

Oświadczam, że zobowiązuję się niezwłocznie poinformować na piśmie Pracodawcę o każdej zmianie w stosunku do powyższych danych. Dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznania niezgodne z prawdą lub zatajenie prawdy.

(*zaznacz właściwą odpowiedź)

.....
(podpis pracownika)