



Seria i nr dowodu osobistego ..... Data urodzenia .....

Stopień pokrewieństwa

Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną (TAK, NIE)\*

Czy członek rodziny pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej (TAK, NIE)\*

Kod stopnia niepełnosprawności członka rodziny

**3. Imię, nazwisko członka rodziny** .....

Nr PESEL

Nr NIP

Seria i nr dowodu osobistego ..... Data urodzenia .....

Stopień pokrewieństwa

Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną (TAK, NIE)\*

Czy członek rodziny pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej (TAK, NIE)\*

Kod stopnia niepełnosprawności członka rodziny

**4. Imię, nazwisko członka rodziny** .....

Nr PESEL

Nr NIP

Seria i nr dowodu osobistego ..... Data urodzenia .....

Stopień pokrewieństwa

Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną (TAK, NIE)\*

Czy członek rodziny pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej (TAK, NIE)\*

Kod stopnia niepełnosprawności członka rodziny

**Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia upoważnionej osoby w przypadku zmiany danych podanych w powyższym kwestionariuszu.

.....  
Czytelny podpis

\* niepotrzebne skreślić

\*\* wypełnić, w przypadku gdy adres zamieszkania członków rodziny nie jest zgodny z adresem zamieszkania ubezpieczonego