

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

celem zgłoszenia do ubezpieczeń

Nazwisko.....

Imiona 1. 2.

Data urodzenia Pesel

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Obywatelstwo.....

Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu:

Kod..... Miejscowość.....

Gmina/dzielnica.....

Ulica Nr domu Nr lokalu

Adres zamieszkania:

Kod..... Miejscowość.....

Gmina/dzielnica.....

Ulica Nr domu Nr lokalu

Adres do korespondencji:

Kod..... Miejscowość.....

Gmina/dzielnica.....

Ulica Nr domu Nr lokalu

Oznaczony w ZUS stopień niepełnosprawności.....

Oddział NFZ

O wszelkich zmianach dotyczących w/wym. danych należy poinformować tutaj. Ośrodek na piśmie w terminie 7 dni.

.....

.....

(miejscowość, data)

(podpis)

Świadczenie będzie przyznane od

Ubezpieczenie zdrowotne będzie opłacane od

**CZŁONKOWIE RODZINY, KTÓRZY MAJĄ BYĆ OBJĘCI UBEZPIECZENIEM
ZDROWOTNYM PRZY KLIENCIE:**

I

1. Imię i nazwisko

2. Data urodzenia Pesel

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

3. Stopień pokrewieństwa.....

4. Adres zamieszkania

.....

5. Pozostaje we wspólnym gospodarstwie TAK/NIE

6. Stopień niepełnosprawności.....

II

1. Imię i nazwisko

2. Data urodzenia Pesel

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

3. Stopień pokrewieństwa.....

4. Adres zamieszkania

.....

5. Pozostaje we wspólnym gospodarstwie TAK/NIE

6. Stopień niepełnosprawności.....

III

1. Imię i nazwisko

2. Data urodzenia Pesel

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

3. Stopień pokrewieństwa.....

4. Adres zamieszkania

.....

5. Pozostaje we wspólnym gospodarstwie TAK/NIE

6. Stopień niepełnosprawności.....