

**KWESTIONARIUSZ**  
**związany ze zgłoszeniem do ubezpieczenia**

**DANE PRACOWNIKA**

1. Nazwisko .....
2. Imię (imiona) .....
3. Data i miejsce urodzenia .....
4. Nazwisko rodowe .....
5. Obywatelstwo .....
6. PESEL ....., NIP .....
7. Posiadanie ustalonego prawa do: \*
  - emerytury TAK NIE
  - renty TAK NIE
8. Posiadam / nie posiadam orzeczenie o niepełnosprawności: \*(kopia dokumentu) TAK NIE
9. Okres na jaki orzeczonej został stopień niepełnosprawności: od ..... do .....
10. Posiadam / nie posiadam orzeczenie o niezdolności do pracy: \*(kopia dokumentu) TAK NIE
11. Okres na jaki orzeczonej został stopień niepełnosprawności: od ..... do .....
12. Wykształcenie .....
13. Nazwa Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia .....
14. Miejsce zameldowania i zamieszkania jeśli jest inne .  
zameldowania.....  
zamieszkania.....

**ZGŁASZAM – NIE ZGŁASZAM\* DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO MĘŻA / ŻONĘ**

1. Od dnia.....
2. Imię i Nazwisko .....
3. Nazwisko rodowe żony.....
4. Data i miejsce urodzenia .....
5. PESEL .....
6. Pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną TAK NIE
7. Posiadam / nie posiadam orzeczenie o niepełnosprawności: \*(kopia dokumentu) TAK NIE
8. Miejsce zameldowania i zamieszkania jeśli jest inne .  
zameldowania.....  
zamieszkania.....

**ZGŁASZAM – NIE ZGŁASZAM\* DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO DZIECI:**

Od dnia.....

Lp.	Nazwisko i imię dziecka	Data i miejsce urodzenia	PESEL
1			
2			
3			
4			

.....  
(Data i podpis pracownika)

\* – niepotrzebne skreślić

\*\* – wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania