

ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA JEST ZGODNY Z ADRESEM ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO.

1. Dane identyfikacyjne płatnika składek: **ATERIMA Europe Sp. z o.o. Sp. k.**
2. Dane identyfikacyjne osoby ubezpieczonej:

Nazwisko	Imię	Data urodzenia	nr PESEL lub PASZPORT

3. Dane o członkach rodziny osoby ubezpieczonej uprawnionych do świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwisko	Imię	Data urodzenia	nr PESEL lub PASZPORT	Pokrewieństwo*	Stopień niepełnosprawności	Wspólne gospodarstwo domowe
						TAK / NIE
						TAK / NIE
						TAK / NIE
						TAK / NIE

.....
(data oraz podpis osoby ubezpieczonej)

***Pokrewieństwo:** Małżonek, Dziecko własne przysposobione lub dziecko Małżonka, Wnuk lub dziecko obce dla którego ustanowiono opiekę albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, Matka, Ojciec, Macocha, Ojczym, Babka, Dziadek, Osoby przysposabiające osoby ubezpieczone, Inni wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

REPORTING DATA ABOUT FAMILY MEMBERS WHOSE RESIDENTIAL ADDRESS COMES WITH THE RESIDENTIAL ADDRESS OF THE INSURED PERSON FOR HEALTH INSURANCE PURPOSES.

1. Identification data of the contribution payer: ATERIMA Europe Sp. z o. o. Sp. k.
2. Identification data of the insured person:

Surname	Name	Date of Birth	PESEL number or PASSPORT

3. Data on family members of the insured person entitled to health insurance benefits:

Surname	Name	Date of Birth	PESEL number or PASSPORT	Kinship*	Disability level	Shared household
						YES / NO
						YES / NO
						YES / NO
						YES / NO

.....
(date and signature of the insured person)

*** Kinship: Spouse, own adopted child or child of the Spouse, Grandchild or child of a stranger for whom care has been established or a child of a stranger within a foster family, Mother, Father, Stepmother, Stepfather, Grandmother, Grandfather, Adoptive persons of the insured persons, Other ascendants remaining with the insured person in shared household.**