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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko | Imię | Data urodzenia | nr PESEL lub PASZPORT |
|  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko | Imię | Data urodzenia | nr PESEL lub PASZPORT | Pokrewieństwo\* | Stopień niepełnosprawności | Wspólne gospodarstwodomowe |
|  |  |  |  |  |  | **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 |
|  |  |  |  |

1. 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.**