**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 | PESEL |
|  |  |  |  |

3. DANE O CZŁONKACH RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYCH DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NAZWISKO | IMIĘ | DATA  URODZENIA | PESEL | POKREWIEŃSTWO  (\*) | CZŁONEK RODZINY ODBYWA KSZTAŁCENIE  (\*\*) | STOPIEŃ  NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | WSPÓLNE  GOSPODARSTWO  DOMOWE |
|  |  |  |  |  | ***TAK / NIE*** |  | ***TAK / NIE*** |
|  |  |  |  |  | ***TAK / NIE*** |  | ***TAK / NIE*** |
|  |  |  |  |  | ***TAK / NIE*** |  | ***TAK / NIE*** |

OŚWIADCZAM, ŻE DANE POWYŻSZE SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM ORAZ ŻE JESTEM ŚWIADOMY(A) ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA SKŁADANIE NIEPRAWDZIWYCH OŚWIADCZEŃ LUB ZA ZATAJANIE PRAWDY.

**DATA WYPEŁNIENIA** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Czytelny podpis osoby ubezpieczonej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZENIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*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.

\*\*CZŁONEK RODZINY ODBYWA KSZTAŁCENIE: odbywanie kształcenia jest warunkiem koniecznym do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego dziecka powyżej 18 roku życia.

**NOTIFICATION OF FAMILY MEMBERS WHO SHARE THE SAME PLACE OF RESIDENCE AS THE INSURED PERSON, FOR THE PURPOSES OF HEALTH INSURANCE**

1. CONTRIBUTION PAYER IDENTIFICATION DETAILS: Aterima Europe Sp. z o.o. Sp.k.
2. INSURED PERSON IDENTIFICATION DETAILS:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Surname | First name | Date of birth | PESEL |
|  |  |  |  |

1. DETAILS OF FAMILY MEMBERS OF THE INSURED PERSON ENTITLED TO HEALTH INSURANCE BENEFITS

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Surname | First name | Date of birth | PESEL | Relationship  (\*) | FAMILY MEMBER IS PURSUING EDUCATION  (\*\*) | Degree of Disability | Shared Household |
|  |  |  |  |  | ***YES / NO*** |  | ***YES / NO*** |
|  |  |  |  |  | ***YES / NO*** |  | ***YES / NO*** |
|  |  |  |  |  | ***YES / NO*** |  | ***YES / NO*** |

I hereby declare that the above information is true and correct to the best of my knowledge and belief, and that I am aware of the legal liability for making false statements or concealing the truth.

**Date of Completion \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Legible Signature of the Insured Person \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date of Registration for Insurance \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

RELATIONSHIP:  
Spouse, biological child, adopted child or the spouse’s child, grandchild or non-biological child under legal guardianship or placed in a foster family, mother, father, stepmother, stepfather, grandmother, grandfather, adoptive parents of the insured person, or other ascendants living in a shared household with the insured person.

FAMILY MEMBER IS IN EDUCATION:  
Pursuing education is a necessary condition for registering a child over the age of 18 for health insurance coverage.