

**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 NIEPEŁNOSPRAW NOŚCI	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

3. 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.