**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.

**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.