

**ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA JEST ZGODNY Z ZADRESEM 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.

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ЧЛЕНАХ СЕМЬИ, АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ КОТОРЫХ СОВПАДАЕТ С АДРЕСОМ ПРОЖИВАНИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ДЛЯ ЦЕЛЕЙ
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

1. Идентификационные данные плательщика страховых взносов: **ATERIMA Europe Sp. z o.o. Sp. k.**
2. Идентификационные данные застрахованного лица:

Фамилия	Имя	Дата рождения	Номер PESEL или ПАСПОРТ

3. Данные о членах семьи застрахованного лица, имеющих право на медицинское страхование:

Фамилия	Имя	Дата рождения	Номер PESEL или ПАСПОРТ	Степень родства*	Степень инвалидности	Общая домохозяйственная единица
						ДА / НЕТ
						ДА / НЕТ
						ДА / НЕТ
						ДА / НЕТ

.....
(дата и подпись застрахованного лица)

* Родственное отношение: Супруг(а), Ребенок (собственный, усыновленный или ребенок супруга/супруги), Внук или приемный ребенок, Ребенок под опекой, ребенок в приемной семье, Мать, Отец, Мачеха, Отчим, Бабушка, Дедушка, Лица, усыновившие застрахованного, Другие родственники по восходящей линии, проживающие с застрахованным в общем хозяйстве.