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

**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 |
|  |  |  |  |

1. 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.