

**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.

СООБЩЕНИЕ ДАННЫХ О ЧЛЕНАХ СЕМЬИ, МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА КОТОРЫХ СОВПАДАЕТ С МЕСТОМ ЖИТЕЛЬСТВА ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, 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

3. СВЕДЕНИЯ О ЧЛЕНАХ СЕМЬИ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	Номер PESEL	СТЕПЕНЬ РОДСТВА (*)	ЧЛЕН СЕМЬИ ПРОХОДИТ ОБУЧЕНИЕ (**)	СТЕПЕНЬ ИНВАЛИДНОСТИ	ВЕДЕНИЕ ОБЩЕГО ДОМОХОЗЯЙСТВА
					да / нет		да / нет
					да / нет		да / нет
					да / нет		да / нет

Я заявляю, что вышеуказанные данные соответствуют действующему законодательству и фактическому положению, а также что мне известно об ответственности за предоставление недостоверных сведений или сокрытие правды.

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ _____

Разборчивая подпись застрахованного лица _____

ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ НА СТРАХОВАНИЕ _____

СТЕПЕНЬ РОДСТВА:

Супруг(а), собственный или усыновлённый ребёнок либо ребёнок супруга(и), внук либо посторонний ребёнок, над которым установлена опека, или ребёнок, находящийся в приёмной семье; мать, отец, мачеха, отчим, бабушка, дедушка, лица, усыновившие застрахованное лицо, другие прямые восходящие родственники, проживающие с застрахованным лицом в одном домохозяйстве.

ЧЛЕН СЕМЬИ ПРОХОДИТ ОБУЧЕНИЕ:

Прохождение обучения является обязательным условием для включения в медицинское страхование ребёнка, достигшего 18-летнего возраста.