**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 | DATAURODZENIA | PESEL |
|  |  |  |  |

3. DANE O CZŁONKACH RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONYCH DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NAZWISKO | IMIĘ | DATAURODZENIA | PESEL | POKREWIEŃSTWO(\*) |  CZŁONEK RODZINY ODBYWA KSZTAŁCENIE (\*\*) | STOPIEŃNIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  | WSPÓLNEGOSPODARSTWODOMOWE |
|  |  |  |  |  | ***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.