**ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY, KTÓRYCH ADRES ZAMIESZKANIA JEST ZGODY Z ZADRESEM ZAMIESZKANIA UBEZPIECZONEGO DLA CEÓW UBEZPIECZENIA ZDOWOTNEGO.**

1. Dane indentyfikacyjne płatnika składek: **ATERIMA Sp. z o.o. sp. k.**
2. Dane identyfikacyjne osoby ubezpieczonej:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko | Imię | Data urodzenia | Seria i nr dowodu osobistego | 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.

**ПОДАННЯ ДАНИХ ПРО ЧЛЕНІВ СІМ'Ї, В ЯКИХ АДРЕСА МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ ВІДПОВІДАЄ АДРЕСІ ПРОЖИВАННЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ З ЦІЛЛЮ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.**

1. Дані для ідентифікації платника страхових внесків: **ATERIMA Sp. z o. o. sp. k.**
2. Ідентифікаційні дані застрахованої особи::

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Прізвище | Ім'я | Дата народження | Серія і номер посвідчення особи | номер PESEL або закордонного паспорту |
|  |  |  |  |  |

1. Дані про членів сім'ї застрахованої особи, які мають право на пільги медичного страхування:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Прізвище | Ім'я | Дата народження | номер PESEL або закордонного паспорту | Спорідненість\* | Ступінь інвалідності | Спільне домашнє господарство |
|  |  |  |  |  |  | **TAK / НІ** |
|  |  |  |  |  |  | **TAK / НІ** |
|  |  |  |  |  |  | **TAK / НІ** |
|  |  |  |  |  |  | **TAK / НІ** |

..................................................................
(дата і підпис застрахованої особи)

\* **Спорідненість:** Чоловік, Дитина, самостійно усиновлена дитини або дитина дружини(чаловіка), Онук чи чужа дитина, для якої встановлено опіку або чужа дитини в рамках прийомної сім'ї, Мати, Батько, Мачуха, Вітчим, Бабуся, Дідусь, особи-усиновителі застрахованої особи, Інші особи, що перебувають із застрахованими у спільному домашньому господарстві.