

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

1. Dane identyfikacyjne płatnika składek: **Aterima Sp. z o.o.**
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:** Mążonek, 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.