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