

Imię i nazwisko

PESEL

**ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY UPRAWNIONYCH
DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Przez członka rodziny rozumie się następujące osoby:

a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,

b) małżonka,

c) krewnych wstępnych (np. rodzice, dziadkowie) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym

Zgłoszenie członka/ów rodziny data od kiedy

Wyrejestrowanie członka/ów rodziny data od kiedy

I. Dane osobowe członków rodziny:

1.

PESEL Data urodzenia

Nazwisko Imię

Stopień pokrewieństwa / powinowactwa

Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej? TAK / NIE

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? TAK / NIE

Czy posiada stopień niepełnosprawności? TAK / NIE (jeżeli TAK – dołączyć kopię orzeczenia)

Adres zamieszkania – wpisać, jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres ubezpieczonego

.....

2.

PESEL **Data urodzenia**

Nazwisko **Imię**

Stopień pokrewieństwa / powinowactwa

Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej? TAK / NIE

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? TAK / NIE

Czy posiada stopień niepełnosprawności? TAK / NIE *(jeżeli TAK – dołączyć kopię orzeczenia)*

Adres zamieszkania – wpisać, jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres ubezpieczonego

.....

3.

PESEL **Data urodzenia**

Nazwisko **Imię**

Stopień pokrewieństwa / powinowactwa

Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej? TAK / NIE

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną? TAK / NIE

Czy posiada stopień niepełnosprawności? TAK / NIE *(jeżeli TAK – dołączyć kopię orzeczenia)*

Adres zamieszkania – wpisać, jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres ubezpieczonego

.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Zobowiązuję się zawiadomić Szczecińskie Centrum Świadczeń o każdej zmianie powyższych danych.

.....

data

.....

podpis