

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