



SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



Núm. de afiliación

/

DATOS DEL TITULAR

DNI

Apellido 1º

Apellido 2º Nombre

Domicilio CP

Localidad Provincia

Declaro que las personas relacionadas en este documento conviven y dependen económicamente de mí, que no tienen derecho a la asistencia sanitaria por otro concepto y que conozco que debo comunicar cualquier variación de estos datos en el plazo de 30 días.

Sello del INSS

.....
Fecha y firma del titular

BENEFICIARIOS A CARGO DEL TITULAR

Núm. de afiliación

/

Régimen Seg. Social

Parentesco	NOMBRE Y APELLIDOS	Fecha de nacimiento	DNI
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

INSTRUCCIONES

Las circunstancias que dan derecho a la inclusión de familiares se acreditarán:

- a) EL PARENTESCO Y LA EDAD, con el/los Libro/s de Familia o, en su defecto, certificados del Registro Civil en extracto.
- b) LA CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA, con certificado del Ayuntamiento (no se exige para el cónyuge e hijos).
- c) LA IDENTIDAD, con el Documento Nacional de Identidad, el Pasaporte o la Tarjeta de Identificación de Extranjeros.
- d) LA RESIDENCIA (para extranjeros no comunitarios), con la tarjeta de autorización de residencia.

Para la inclusión de familiares distintos al cónyuge e hijos deberá rellenar, además, la solicitud correspondiente.