

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !

**WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ**

**STUDENTA**    **CZŁONKA RODZINY**

Studia:  stacjonarne    niestacjonarne

**Dane studenta:**

Nazwisko i imię..... Drugie imię.....

Nazwisko rodowe ..... Data urodzenia .....

Numer PESEL.....

Obywatelstwo..... Stopień niepełnosprawności.....  
*(należy dołączyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)*

NFZ ..... Telefon kontaktowy .....  
*(województwo)*

Adres stałego zameldowania .....  
*(w przypadku innego niż zameldowania) (województwo, powiat, gmina)*

.....  
*(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)*

Adres zamieszkania .....  
*(województwo, powiat, gmina)*

.....  
*(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)*

Data zawarcia umowy z NFZ..... Numer umowy zawartej z NFZ .....  
*(wypełniają cudzoziemcy) (wypełniają cudzoziemcy)*

Data powstania obowiązku ubezpieczenia .....

**Dane członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego (małżonek, dzieci, wstępni pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym):**

Nazwisko i imię ..... Data urodzenia.....

Numer PESEL.....

Stopień pokrewieństwa..... Stopień niepełnosprawności.....  
*(należy dołączyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)*

Adres zamieszkania .....  
*(w przypadku innego niż świadczeniobiorcy)*

**Oświadczam**, że zgłaszani przeze mnie do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie mojej rodziny, nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu ani nie zostali zgłoszeni przez innych członków rodziny. W przypadku powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię UP im. J. Grodka w Sanoku – Dział Kadrowo-Płacowy o tym fakcie w przeciągu 7 dni od daty jego powstania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uczelnię Państwową im. J. Grodka w Sanoku danych osobowych zawartych we wniosku oraz na ich przekazanie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych. Świadomy/a odpowiedzialności karnej oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....  
*miejscowość i data*

.....  
*czytelny podpis*

**DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE !**

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !

## OŚWIADCZENIE STUDENTA

Pouczony o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji z art. 233. § 1. Kodeksu karnego \*, oraz o odpowiedzialności na podstawie art. 286. Kodeksu karnego\*\* **oświadczam**, że:

### I. Nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, a w szczególności:

1. nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,
2. nie jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenia,
3. nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
4. nie pobieram stypendium sportowego,
5. nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
6. nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
7. nie jestem zarejestrowany/a w Urzędzie Pracy, jako osoba bezrobotna,
8. nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
9. nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
10. nie jestem ubezpieczony jako student innego kierunku studiów na innej uczelni.

### nie ukończyłem(-am) 26 lat

11. nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka):
- rodzice przebywają poza granicami kraju i nie są ubezpieczeni z tytułu pracy;
  - rodzice są bezrobotni i nie są zarejestrowani w urzędzie pracy;
  - nie mam przyznanej renty rodzinnej i alimentów;
  - nie mam dziadków, którzy podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu (pobierają emeryturę, rentę lub są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę);
  - nie mam opiekunów ustanowionych sądownie;
  - nie mam rodziny zastępczej.

### ukończyłem(-am) 26 lat

11. nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (nie posiadam współmałżonka, który podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu, który jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenie, prowadzi działalność gospodarczą).

**II.** W przypadku zaistnienia okoliczności wymienionych w punkcie I, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Uczelnię Państwową im. Jana Grodka w Sanoku - Dział Kadrowo-Płacowy o tym fakcie w przeciągu 7 dni od daty jego powstania.

**III.** W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Uczelnię Państwową im. Jana Grodka w Sanoku - Dział Kadrowo-Płacowy w terminie 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę.

.....  
miejsce i data

.....  
czytelny podpis składającego oświadczenie

\*Art. 233. § 1. Kodeksu karnego: „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 3 lat”

\*\*Art. 286. § 1. Kodeksu karnego: „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsięwziętego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE !