

WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ

 STUDENTA CZŁONKA RODZINYStudia: stacjonarne niestacjonarne**Dane studenta** (przy zgłaszania członków rodziny wypełnić wyłącznie Nazwisko i imię, oraz PESEL):

Nazwisko i imię

Drugie imię Nazwisko rodowe

Numer PESEL Data urodzenia

Obywatelstwo Stopień niepełnosprawności NIE TAK
(jeśli TAK należy podać stopień oraz dołączyć aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)

NFZ (województwo) Telefon kontaktowy

Adres zamieszkania
(województwo, powiat, gmina).....
(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)Adres stałego zameldowania
(w przypadku innego niż 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 (dziecko do ukończenia 18 lat, a jeśli się uczy – do ukończenia 26 lat *(należy dołączyć aktualne zaświadczenie)*, natomiast jeśli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub traktowane na równi – bez ograniczeń wieku, małżonek, wstępni pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym):

Nazwisko i imię Drugie imię

Numer PESEL Data urodzenia

Stopień pokrewieństwa Stopień niepełnosprawności NIE TAK
(jeśli TAK należy podać stopień oraz dołączyć aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną: TAK NIE

Data powstania obowiązku ubezpieczenia

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 kamej oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
miejscowość i data.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

(właściwą odpowiedź zaznaczyć „x”)

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.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

(właściwą odpowiedź zaznaczyć „x”)

*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 do lat 3.”

**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 niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”