

# WNIOSEK STUDENTA O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ

(wypełnić drukowanymi literami)

Oddział Wojewódzki NFZ MAZOWIECKI

Wydział UW WYDZIAŁ LINGWISTYKI STOSOWANEJ

Seria i nr paszportu (w przypadku obcokrajowców)

PESEL 96082102334

Nazwisko KOWALSKI

Imię KRZYSZTOF

Drugie imię JAN

Obywatelstwo POLSKIE

tel kontaktowy 505508108

Adres stałego zameldowania

kod pocztowy 02 - 116

Miejscowość WARSZAWA

Państwo POLSKA

Ulica POLNA

nr domu 114

nr lokalu

Dzielnica/gmina URSUS

Województwo MAZOWIECKIE

Adres zamieszkania

kod pocztowy 02 - 465

Miejscowość WARSZAWA

Państwo POLSKA

Ulica STAJENNA

nr domu 35

nr lokalu 127

Dzielnica/gmina WŁOCHY

Województwo MAZOWIECKIE

Adres do korespondencji

kod pocztowy 02 - 465

Miejscowość WARSZAWA

Państwo POLSKA

Ulica STAJENNA

nr domu 35

nr lokalu 127

Dzielnica/gmina WŁOCHY

Województwo MAZOWIECKIE

Na podstawie ustawy z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie przez UW danych zawartych we wniosku oraz na ich przekazanie do Narodowego Funduszu Zdrowia i świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kk<sup>1</sup> oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Warszawa, 1.12.2022r.  
miejscowość i data

Krzysztof Kowalski  
czytelny podpis

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y, pouczone/a/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego<sup>1</sup> za udzielanie nieprawdziwych informacji oświadczam, że nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, a w szczególności:

- nie pozostaję w stosunku pracy oraz nie jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenia,
- nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego,
- nie jestem zarejestrowana/y w Rejonowym Urzędzie Pracy, jako osoba bezrobotna,
- nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- nie jestem ubezpieczony jako student/doktorant innej uczelni
- nie prowadzę działalności gospodarczej.

W przypadku utraty praw studenta należy niezwłocznie zgłosić się do Biura ds. Pomocy Materialnej celem złożenia oświadczenia o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego.

W przypadku nabycia ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu należy zgłosić się do Biura ds. Pomocy Materialnej w **ciągu 7 dni** od daty jego nabycia celem złożenia oświadczenia o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego.

Zostałem pouczony/a, że zgodnie z art. 67 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego studenta **do 26-go roku życia** obciąża rodziców/dziadków/małżonka, jeśli rodzice/dziadkowie/małżonek posiadają tytuł do ubezpieczenia (tj. są zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego w ZUS lub KRUS).

Warszawa, 1.12.2022

(miejscowość i data)

Krzysztof Kowalski

(podpis składającego oświadczenie)

---

<sup>1</sup> Art. 233 § 1: „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 6 miesięcy do lat 8”.