

WNIOSEK STUDENTA O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ

(wypełnić drukowanymi literami)

Oddział Wojewódzki NFZ

M	A	Z	O	W	I	E	C	K	I		
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

Wydział UW..... WYDZIAŁ LINGWISTYKI STOSOWANEJ

Seria i nr paszportu (w przypadku obcokrajowców)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

9	6	0	8	2	1	0	2	3	3	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nazwisko

K	O	W	A	L	S	K	I				
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

Imię

K	R	Z	Y	S	Z	T	O	F	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

Drugie imię

J	A	N							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

Obywatelstwo

P	O	L	S	K	I	E			
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--

tel kontaktowy

5	0	5	5	0	8	1	0	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Adres stałego zameldowania kod pocztowy

0	2	-	1	1	6
---	---	---	---	---	---

Miejscowość

W	A	R	S	Z	A	W	A		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

Państwo

P	O	L	S	K	A		
---	---	---	---	---	---	--	--

Ulica

P	O	L	N	A					
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--

nr domu

1	1	4
---	---	---

nr lokalu

--	--	--

Dzielnica/gmina

V	R	S	U	S			
---	---	---	---	---	--	--	--

Województwo

M	A	Z	O	W	I	E	C	K	I	E
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Adres zamieszkania kod pocztowy

0	2	-	4	6	5
---	---	---	---	---	---

Miejscowość

W	A	R	S	Z	A	W	A		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

Państwo

P	O	L	S	K	A		
---	---	---	---	---	---	--	--

Ulica

S	T	A	J	E	N	N	A		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

nr domu

	3	5
--	---	---

nr lokalu

1	2	7
---	---	---

Dzielnica/gmina

W	Ł	O	C	H	Y		
---	---	---	---	---	---	--	--

Województwo

M	A	Z	O	W	I	E	C	K	I	E
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Adres do korespondencji kod pocztowy

0	2	-	4	6	5
---	---	---	---	---	---

Miejscowość

W	A	R	S	Z	A	W	A		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

Państwo

P	O	L	S	K	A		
---	---	---	---	---	---	--	--

Ulica

S	T	A	J	E	N	N	A		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

nr domu

	3	5
--	---	---

nr lokalu

1	2	7
---	---	---

Dzielnica/gmina

W	Ł	O	C	H	Y		
---	---	---	---	---	---	--	--

Województwo

M	A	Z	O	W	I	E	C	K	I	E
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Informujemy, że przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO. Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kk¹ oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Warszawa, 25.01.2024r.
miejscowość i data

Krzysztof Kowalski
czytelny podpis

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y, pouczone/a/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego¹ 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 pouczone/a, że zgodnie z art. 67 ust. 3 ustawy z dnia 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, 25.01.2024 r.
(miejscowość i data)

.....Krzysztof Kowalski.....
(podpis składającego oświadczenie)

¹ 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”.