|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WNIOSEK STUDENTA O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM w NFZ** | | | | |
| Kierunek studiów: | | | Rok studiów: | Nr albumu: |
| Nazwisko: | | | | Imię: |
| PESEL: | | | Data urodzenia: | |
| Drugie imię: | | Nazwisko rodowe: | | Obywatelstwo: |
| Orzeczenie o niepełnosprawności: TAK / NIE | | | Stopień niepełnosprawności: | |
| Nazwa NFZ: | | | | |
| Adres | zameldowania: | | zamieszkania: | korespondencyjny: |
| Kod: |  | |  |  |
| Miejscowość: |  | |  |  |
| Gmina: |  | |  |  |
| Ulica: |  | |  |  |
| Nr domu: |  | |  |  |
| Nr mieszkania: |  | |  |  |
| Nr telefonu: | | | Adres e'mail: | |

OŚWIADCZENIE STUDENTA:

# Oświadczam, że:

1. nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę, lub za którego składka jest opłacana, (np. rodzica lub współmałżonka)
2. nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym,
3. nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie,
4. nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
5. nie pobieram stypendium sportowego,
6. nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
7. nie jestem zarejestrowany/a 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 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
10. **Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Uczelni o wszelkich zmianach** danych osobowych, zmianach związanych ze studiami oraz o powstaniu prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu w terminie do 4 dni od daty powstania w/w zmian, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.
11. **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym**. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
12. Na podstawie ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych **wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez Wszechnicę Polską danych zawartych we wniosku oraz ich przekazanie do Narodowego Funduszu Zdrowia.

W związku z brakiem prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu **WNOSZĘ** o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym od dnia:

# UWAGA!

W przypadku utraty statusu studenta (obrona pracy dyplomowej lub skreślenie z listy studentów) następuje automatyczne wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego. Po przywróceniu praw studenta należy ponownie złożyć wniosek o ubezpieczenie zdrowotne.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Warszawa, dnia | Czytelny podpis osoby składającej wniosek: |  |