

WNIOSEK STUDENTA/DOKTORANTA O OBJĘCIU 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/DOKTORANTA:

1. **Oświadczam, że:**

- a) nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę, lub za którego składka jest opłacana, (np. rodzica lub współmałżonka)
- b) nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym,
- c) nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie,
- d) nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
- e) nie pobieram stypendium sportowego,
- f) nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
- g) nie jestem zarejestrowany/a jako osoba bezrobotna,
- h) nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- i) 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,

2. **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.

3. **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.** Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

4. Na podstawie ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych **wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez PUM danych zawartych we wniosku oraz ich przekazanie do Narodowego Funduszu Zdrowia.

W związku z brakiem prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu <b>WNOSZĘ</b> o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym od dnia:	
---	--

**UWAGA!**

W przypadku utraty statusu studenta/doktoranta (obrona pracy dyplomowej, ukończenie studiów doktoranckich lub skreślenie z listy studentów/doktorantów) lub zawarcia umowy zlecenia z PUM przez doktoranta następuje automatyczne wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego. Po przywróceniu praw studenta/doktoranta lub zakończeniu umowy zlecenia należy ponownie złożyć wniosek o ubezpieczenie zdrowotne.

Szczecin, dnia	Czytelny podpis osoby składającej wniosek:	
----------------	--	--