

**WNIOSEK O OBJECIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM
OŚWIADCZENIE O NIEPODLEGANIU UBEZPIECZENIU**

Imię (imiona) i nazwisko

Nazwisko rodowe Nr albumu

Wydział Kierunek

Rok, rodzaj i system studiów

Data i miejsce urodzenia

PESEL NIP

Obywatelstwo TEL

Rodzaj dokumentu, seria i nr

Adres stałego zameldowania

(kod, miejscowość, ulica, nr domu i lokal, województwo, powiat, gmina)

Adres czasowego zameldowania

(kod, miejscowość, ulica, nr domu i lokal, województwo, powiat, gmina)

Narodowy Fundusz Zdrowia - Oddział

Oświadczam, że:

1. Nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka, tzn.:
 - nie jestem dzieckiem osoby ubezpieczonej,
 - nie jestem dzieckiem małżonka osoby ubezpieczonej,
 - nie jestem dzieckiem przysposobionym osoby ubezpieczonej,
 - nie jestem dzieckiem w ramach rodziny zastępczej,
 - nie jestem dzieckiem, dla którego ustanowiono opiekę osoby ubezpieczonej,
 - nie jestem wnukiem osoby ubezpieczonej,
 - nie jestem małżonkiem osoby ubezpieczonej,
 - nie jestem wstępnym pozostającym z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.
2. Nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym.
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 uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych.
8. Nie jestem osobą bezrobotną.
9. Nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników.
10. Nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art.66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

czytelny podpis studenta składającego oświadczenie

Oświadczam, że w przypadku zaistnienia którejkolwiek okoliczności wymienionej w pkt. I, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

Oświadczam, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego tę zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

data

czytelny podpis studenta składającego oświadczenie

REZYGNACJA

Oświadczam, że rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Uczelnię Nauk Społecznych - płatnika składek - z dniem..... z powodu:

- uzyskania prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu
- złożenia egzaminu dyplomowego
- inny

data

czytelny podpis