**WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA**

**z dniem ............................**

........................................................................................... ...............................................................

 NAZWISKO / NAZWISKO RODOWE IMIONA

........................................................................................... .................................................................

 PESEL OBYWATELSTWO

 ................................................................................ ............... ..............................................

 adres zamieszkania: ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA KOD POCZTOWY MIEJSCOWOŚĆ

............................................ ..................................... ......................................................

 DZIELNICA GMINA WOJEWÓDZTWO

 ....................................................................................

 ADRES MAILOWY

 ......................................... ......................... .................... .................................. ...................................

 KIERUNEK STOPIEŃ ROK TRYB NR ALBUMU

 (I, II, SD) (I -IV) (stacjonarny, niestacjonarny)

ZGŁASZANI CZŁONKOWIE RODZINY:

......................................................................................................................................................................... (dla zgłaszanego członka rodziny konieczne jest również wypełnienie wniosku o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym)

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że (podkreślić właściwe):**

1. **Nie podlegam / podlegam** ubezpieczeniu, jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka
2. **Nie pracuję** (nie jestem pracownikiem) / **Pracuję** (jestem pracownikiem)
3. **Nie jestem / jestem** zatrudniony na umowę zlecenie.
4. **Nie jestem / jestem** osobą wykonująca pracę nakładczą.
5. **Nie prowadzę / prowadzę** działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym ani nie jestem osobą współpracującą z osobą prowadzącą działalność gospodarczą.
6. **Nie jestem / jestem** rolnikiem ani domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników.
7. **Nie jestem / jestem** członkiem rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kołek rolniczych ani członkiem ich rodzin.
8. **Nie pobieram / pobieram** świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego.
9. **Nie jestem / jestem** osobą bezrobotną, zarejestrowaną w Urzędzie Pracy.
10. **Nie pobieram / pobieram** zasiłku stałego z pomocy społecznej.
11. **Nie pobieram / pobieram** specjalnego zasiłku opiekuńczego lub dodatku do zasiłku rodzinnego przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych
12. **Nie pobieram / pobieram** świadczenia pielęgnacyjnego przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych
13. **Nie podlegam / 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 (tekst jednolity - Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 ze zm.).
14. Będąc obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej nie posiadam prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego w kraju pochodzenia.

Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Zespołu Spraw Socjalnych i Stypendialnych Biura Obsługi Studenta o zmianie danych osobowych oraz powstaniu prawa do ubezpieczenia zdrowotnego
z innego tytułu **(np. umowy zlecenia) – patrz punkty 1-14**.

***UWAGA***

*W przypadku utraty statusu studenta lub doktoranta (obrona pracy dyplomowej, ukończenie studiów doktoranckich lub skreślenie z listy studentów/doktorantów* *Zespół Spraw Socjalnych i Stypendialnych Biura* *Obsługi Studenta automatycznie dokonuje wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego. Informacja
o wyrejestrowaniu przekazywana jest na wskazany we wniosku adres mailowy.*

*W przypadku przywrócenia praw studenta lub doktoranta należy ponownie złożyć wniosek o ubezpieczenie zdrowotne w Zespole Spraw Socjalnych i Stypendialnych Biura Obsługi Studenta.*

Poznań, dnia........................................... ....................................................................

 (podpis osoby składającej oświadczenie)