☐ **WNIOSEK STUDENTA O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**
w Narodowym Funduszu Zdrowia

☐ **ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH**

Podmiot zgłaszający: Wyższa Szkoła Gospodarki

Dane studenta:

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

.....

Adres do korespondencji (*jeżeli inny niż zamieszkania*).....

.....

Telefon kontaktowy .....

Numer PESEL.....Numer NIP.....Numer albumu.....

Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu..... Obywatelstwo.....

Narodowość ..... Numer umowy w NFZ .....
(wypełniają cudzoziemcy)

Dane członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego (małżonek, dzieci, wstępni pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym):

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia..... PESEL.....

Stopień pokrewieństwa..... Stopień niepełnosprawności.....

Adres zamieszkania .....
(w przypadku innego niż świadczeniobiorcy)

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia..... PESEL .....

Stopień pokrewieństwa..... Stopień niepełnosprawności.....

Adres zamieszkania .....
(w przypadku innego niż świadczeniobiorcy)

Przystępuję do wojewódzkiego oddziału NFZ w .....
(właściwy dla miejsca zamieszkania)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Wyższą Szkołę Gospodarki danych osobowych zawartych we wniosku oraz na ich przekazanie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia.1997 roku o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922) Świadomy/a odpowiedzialności karne oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
miejscowość i data

.....
podpis

OŚWIADCZENIE STUDENTA

Pouczony odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji*, odpowiedzialności na podstawie art. 286 Kodeksu karnego** oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej **oświadczam**, że:

1. Utraciłem/am status osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego tytułu, a w szczególności:
   - nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
   - nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,
   - nie jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenia,
   - nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
   - nie pobieram stypendium sportowego,
   - nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
   - nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
   - nie jestem zarejestrowany/a 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 innego kierunku studiów na innej uczelni.
2. W przypadku zaistnienia okoliczności wymienionych w punkcie 1, a tym samym powstania innego tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Dziekanat o tym fakcie w przeciągu 7 dni od daty jego powstania.
3. W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Dziekanat w terminie 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę.

..... miejscowość i data

..... podpis składającego oświadczenie

*Art. 233 § 1 Kodeksu karnego: „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 do lat 3"

**Art. 286 Kodeksu karnego: „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8."

ADNOTACJE DZIEKANATU

data wpływu wniosku: .....

podpis pracownika Dziekanatu: .....