

Wniosek studenta /doktoranta o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ

Nr albumu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Kierunek:	
Rok studiów (zaznaczyć odpowiednie): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Stopień (zaznaczyć odpowiednie): <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	Tryb (zaznaczyć odpowiednie): <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Nazwisko:	Imiona:	Płeć (zaznaczyć odpowiednie): <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
Nazwisko rodowe (jeżeli posiada):	Data urodzenia: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Miejsce urodzenia:
Pesel: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Seria i nr dowodu osobistego: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Obywatelstwo:
Kod i stopień niepełnosprawności (jeżeli posiada):	Oddział Wojewódzki NFZ (w przypadku zmiany wymagane jest podanie adresu zamieszkania na terenie nowego oddziału):	
Telefon kontaktowy: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data objęcia ubezpieczeniem (nie może być wcześniejsza niż data złożenia wniosku): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

ADRES ZAMELDOWANIA

Miejscowość:	Kod pocztowy:	
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Województwo:	Gmina:	Państwo:

ADRES ZAMIESZKANIA (jeżeli jest inny niż zameldowania)

Miejscowość:	Kod pocztowy:	
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Województwo:	Gmina:	Państwo:

Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 k.k.* oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Oświadczenie

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 k.k.*), odpowiedzialności na podstawie art. 286 k.k.** oraz dyscyplinarnej (art. 307 i 322 p.s.w.n.***) oświadczam, że:

1. Utraciłem/am status osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z żadnego innego tytułu, a w szczególności:
 - nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub małżonka),
 - nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej, 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 / doktorant innego kierunku studiów na UE we Wrocławiu lub innej uczelni.
2. W przypadku zaistnienia okoliczności wymienionych w punkcie 1, a tym samym powstania innego tytułu ubezpieczenia zdrowotnego powiadomię o tym fakcie Centrum Obsługi Dydaktyki i Spraw Studenckich (bud. A1, pok. 130) w terminie do 3 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.
3. W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Centrum Obsługi Dydaktyki i Spraw Studenckich w terminie 3 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.
4. Niezwłocznie poinformuję Centrum Obsługi Dydaktyki i Spraw Studenckich o fakcie utraty statusu studenta/doktoranta na skutek:
 - ukończenia studiów pierwszego stopnia, drugiego stopnia lub doktoranckich
 - skreślenia z listy studentów/doktorantów
5. W przypadku braku zgłoszenia wyrejestrowania w terminie (jeśli składki zostaną przekazane do ZUS za kolejny miesiąc) konieczne jest złożenie pisma z prośbą o wycofanie składek i dostarczenie go do Centrum Obsługi Dydaktyki i Spraw Studenckich.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis

Wyrażam zgodę na otrzymywanie raz w miesiącu na uczelnianą pocztę elektroniczną informacji przypominającej o obowiązku wyrejestrowania z ubezpieczenia w przypadku powstania innego tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis

Ustawa z dnia 6 czerwiec 1997 r. kodeks karny (Dz.U. z 2021 r., poz. 2345, t. j.)

***art. 233 § 1:** „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 od 6 miesięcy do lat 8.”

****art. 286 § 1:** „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 lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2021 r., poz. 478, t. j.)

*****art. 307. ust. 1.** „Student podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie przepisów obowiązujących w uczelni oraz za czyn uchybiający godności studenta. ”

*****art. 322. ust. 1.** „Doktorant podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie przepisów obowiązujących w podmiocie prowadzącym szkołę doktorską oraz za czyn uchybiający godności doktoranta [...]”