**WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM STUDENTÓW UAM W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA (NFZ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko | Imię | Numer albumu  | Kierunek studiów  |

**OŚWIADCZAM\***

1. ukończyłem/am 26 lat/ nie ukończyłem/am 26 lat
2. nie posiadam innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym a w szczególności:
3. nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego (np. rodzica, współmałżonka)
4. nie pozostaje w stosunku pracy, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym
5. nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie
6. nie pobieram świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego
7. nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej
8. nie jestem zarejestrowana jako osoba bezrobotna
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 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
11. *dotyczy cudzoziemców*: jestem obywatelem kraju UE lub EFTA i nie posiadam obywatelstwa polskiego oraz innego tytułu do ubezpieczenia w kraju stałego zamieszkania, a także na terenie RP,
12. *dotyczy cudzoziemców*: nie posiadam obywatelstwa UE lub EFTA, zostałem/am uznany/a za osobę polskiego pochodzenia w rozumieniu przepisów o repatriacji lub posiadam ważną Kartę Polaka, i nie podlegam na terenie RP ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
13. *dotyczy osób z niepełnosprawnością*: posiadam stopień niepełnosprawności (lekki / umiarkowany / znaczny)

**\*podkreślić właściwe punkty**

**I. DATA ROZPOCZĘCIA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

|  |
| --- |
| …………/…………/……………………(dd /mm /rrrr) |

**II. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko | Imię | Data urodzenia (dd/mm/rrrr) |
| PESEL | Paszport (dot. cudzoziemców) | Obywatelstwo |

**III. ADRES ZAMIESZKANIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Województwo | Ulica /osiedle | Nr domu | Nr lokalu |
| Kod pocztowy  | Miejscowość  | Gmina |
| Powiat | Adres e-mail | Tel. kontaktowy |

**Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy (-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Zobowiązuje się powiadomić Sekcję Spraw Studenckich o utracie prawa do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym przez UAM albo rezygnacji (również członka rodziny) oraz o zmianie danych zawartych we wniosku nie później niż w terminie 3 dni od daty zaistnienia zmian.**

…………………….. ………………………

miejscowość i data podpis