**WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM STUDENTÓW UAM W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA (NFZ)[[1]](#footnote-1)**

*Potwierdzenie przyjęcia wniosku jest wysyłane drogą elektroniczną.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko | Imię | Numer albumu | Kierunek studiów (wypełnia uczelnia) |

**OŚWIADCZAM\***

1. ukończyłem/am 26 lat
2. nie ukończyłem/am 26 lat
3. nie posiadam innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym a w szczególności:
4. nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego (np. rodzica, współmałżonka)
5. nie pozostaje w stosunku pracy, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym
6. nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie
7. nie pobieram świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego
8. nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej
9. nie jestem zarejestrowana jako osoba bezrobotna
10. nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników
11. nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
12. korzystam z programu stypendialnego, w ramach którego stypendysta otrzymuje środki finansowe na wykupienie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ,
13. zgłoszeni przez mnie do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny nie posiadają innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.
14. *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,
15. *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,
16. *dotyczy osób z niepełnosprawnością*: posiadam stopień niepełnosprawności (lekki / umiarkowany / znaczny)

\*podkreślić właściwe punkty ……..……………………………………..

miejscowość, data i podpis

* **Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Sekcji Spraw Studenckich o zmianie danych zawartych we wniosku, załącznikach nr 1/nr 2 oraz utracie prawa do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez UAM albo rezygnacji (również członka rodziny) niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 3 dni od daty zaistnienia zmian.**
* **Informację o zmianie danych zawartych w oświadczeniu, załącznikach nr 1/nr 2 należy zgłosić poprzez ponowne złożenie wniosku/załącznika nr 1/załącznika nr 2 z dopiskiem AKTUALIZACJA.**
* **Informację o rezygnacji należy zgłosić poprzez złożenie wniosku o rezygnację.**

…………………….. ………………………

miejscowość i data podpis

*Wypełnia Uczelnia*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data wpływu wniosku | Data zgłoszenia do ubezpieczenia/nr zestawu | Załączniki:  ksero orzecz. o niepełn. / ksero umowy z NFZ / ksero Karty Polaka/inny dok |

Załącznik nr 1

**ZGŁOSZENIE DANYCH OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

*Należy wypełnić czytelnie*

**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) |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię drugie | Nazwisko rodowe | Obywatelstwo |
| Płeć (wpisać: **K**-kobieta, **M**-mężczyzna) |  |  |

**IV.** **DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

1. NFZ właściwe dla miejsca zamieszkania (**wpisać województwo**) ………………………..
2. Numer i data umowy zawartej z NFZ (**wypełniają cudzoziemcy**)…………………………

**V. ADRES ZAMIESZKANIA**

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

**Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy (-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

……………………… ………………………

data podpis

1. W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia członków rodziny należy dołączyć załącznik nr 2 [↑](#footnote-ref-1)