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

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………………

Zwracam się z prośbą o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ od dnia …………………

**OŚWIADCZAM\***

1. ukończyłem/am 26 lat i nie posiadam innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym,
2. nie ukończyłem/am 26 lat i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
3. 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,
4. nie posiadam obywatelstwa UE lub EFTA, zostałem/am uznany/a za osobę polskiego pochodzenia w rozumieniu przepisów o repatriacji i nie podlegam na terenie RP ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
5. posiadam ważną Kartę Polaka,
6. nie korzystam z programu stypendialnego, w ramach którego stypendysta otrzymuje środki finansowe na wykupienie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ,
7. zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny nie posiadają innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.

\*podkreślić właściwe

…………………….. ………………………

miejscowość i data 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 oświadczenia o rezygnacji.**

…………………….. ………………………

miejscowość i data podpis

1. Należy dołączyć załącznik nr 1/nr 2 [↑](#footnote-ref-1)