

Nr albumu .....  
studia stacjonarne / zaoczne  
Kierunek.....

## Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym studenta

Imię i Nazwisko .....

Nazwisko rodowe ..... Data i miejsce urodzenia .....

Numer PESEL..... Seria i numer dowodu osobistego .....

Stopień niepełnosprawności ..... Obywatelstwo.....

Data powstania obowiązku ubezpieczenia .....

Dane o oddziale NFZ .....

Adres stałego zameldowania.....

(województwo, powiat, gmina)

.....  
(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)

Adres zamieszkania .....

(województwo, powiat, gmina)

.....  
(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)

Telefon kontaktowy .....

## Oświadczenie

*Pouczony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kk za udzielanie nieprawdziwych informacji, odpowiedzialności na podstawie art. 286 kk, oświadczam że:\**

*nie ukończyłem(-am) 26 lat i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego innego tytułu, a w szczególności:*

- rodzice przebywają poza granicami kraju i nie są oddelegowani tam do pracy ;
- rodzice są bezrobotni i nie są zarejestrowani w urzędzie pracy;
- nie mam przyznanej renty rodzinnej i alimentów;
- nie mam dziadków, którzy podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu ( pobierają emeryturę, rentę lub są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę);
- nie mam opiekunów ustanowionych sądownie;
- nie mam rodziny zastępczej

*ukończyłem(-am) 26 lat i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego innego tytułu, a w szczególności:*

- nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej;
- nie jestem zatrudniony/a na podstawie umowy zlecenia;
- nie posiadam współmałżonka, który podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu ( jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenie, prowadzi działalność gospodarczą);
- nie jestem zarejestrowany/a w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna;
- nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników;
- nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

***W przypadku powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby powiadomię Uczelnię o tym fakcie pisemnie w terminie do 7 dni od daty jego powstania.***

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(czytelny podpis)

**Potwierdzenie właściwego dziekanatu:**

---

\* zaznaczyć właściwe

**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 do lat 3.

**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.

## **Dane członków rodziny zgłaszanych przez studenta do ubezpieczenia zdrowotnego:**

*(małżonek, dzieci nie podlegający obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu)*

<i>Nazwisko i imiona:</i>	<i>Stopień pokrewieństwa:</i>
<i>Data i miejsce urodzenia:</i>	<i>PESEL:</i>
<i>Adres zamieszkania:</i>	
<i>Stopień niepełnosprawności:</i>	

<i>Nazwisko i imiona:</i>	<i>Stopień pokrewieństwa:</i>
<i>Data i miejsce urodzenia:</i>	<i>PESEL:</i>
<i>Adres zamieszkania:</i>	
<i>Stopień niepełnosprawności:</i>	

<i>Nazwisko i imiona:</i>	<i>Stopień pokrewieństwa:</i>
<i>Data i miejsce urodzenia:</i>	<i>PESEL:</i>
<i>Adres zamieszkania:</i>	
<i>Stopień niepełnosprawności:</i>	

*Oświadczam, że zgłaszani do ubezpieczenia zdrowotnego przeze mnie członkowie mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.*

*W przypadku powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię Uczelnię o tym fakcie pisemnie w terminie do 7 dni od daty jego powstania.*

.....  
*(miejsowość i data)*

.....  
*(czytelny podpis)*