

WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM STUDENTÓW WSPA W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA¹ (NFZ)

Imię i Nazwisko

Numer Pesel

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 (Europejskie Stowarzyszenie Wolnego Handlu) 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 (Europejskie Stowarzyszenie Wolnego Handlu), 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 programów stypendialnych, 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 Działu Kadr i Płac WSPA o zmianie danych zawartych we wniosku i załączniku oraz utracie prawa do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez WSPA 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, załączniku należy zgłosić poprzez ponowne złożenie wniosku/załącznika z dopiskiem AKTUALIZACJA.

Informację o rezygnacji należy zgłosić poprzez złożenie oświadczenia o rezygnacji.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis

¹ Należy dołączyć załącznik ½

ZALĄCZNIK NR 1- DO WNIOSEKU O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM STUDENTÓW WSPA W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA² (NFZ)

Kierunek studiów..... tryb studiówrok.....

Nr legitymacji studenckiej.....

Nazwisko i imię.....

Nazwisko rodowe....., drugie imię.....

Data i miejsce urodzenia.....

Seria i nr dowodu osobistego lub paszportu (dla cudzoziemców).....

Nr PESEL.....

Obywatelstwo.....

Adres stałego zameldowania:

Miejscowość:

Kod pocztowy.....

Gmina/dzielnica.....

Ulica.....

Nr domu/ nr mieszkania.....

Adres zameldowania na pobyt czasowy / adres do korespondencji (nie podaje się, jeżeli jest taki sam jak adres stałego zameldowania) :

Miejscowość:

Kod pocztowy.....

Gmina/dzielnica.....

Ulica.....

Nr domu/ nr mieszkania.....

Oddział Wojewódzkiego Funduszu Zdrowia (wpisać województwo).....

Oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy podlega odpowiedzialności karnej i zagrożone jest karą pozbawienia wolności do lat 3 na podstawie art.23 ustawy z dnia 6 lipca 1997roku kodeks karny- DzU. Nr 88,poz. 533.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis