

**Uniwersytet Pedagogiczny
im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie
Biuro Spraw Studenckich
30-084 Kraków
ul. Podchorążych 2**

**Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym
w Narodowym Funduszu Zdrowia**

Imię i Nazwisko

Rok i kierunek studiów

Forma studiów

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

(województwo, powiat, gmina)

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

Telefon kontaktowy

Numer PESEL..... Numer albumu.....

Seria i numer paszportu (dotyczy cudzoziemców)..... Obywatelstwo.....

Narodowość Numer umowy w NFZ

(wypełniają cudzoziemcy)

Dane członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego (małżonek, dzieci, pozostający
we wspólnym gospodarstwie domowym):

Imię i Nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia..... Pesel.....

Stopień pokrewieństwa..... Stopień niepełnosprawności.....

Adres zamieszkania

(w przypadku innego niż świadczeniobiorcy)

Imię i Nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia..... Pesel.....

Stopień pokrewieństwa..... Stopień niepełnosprawności.....

Adres zamieszkania

(w przypadku innego niż świadczeniobiorcy)

Przystępuję do oddziału NFZ w województwie:.....

(wpisać właściwe dla miejsca zamieszkania)

.....
miejscowość i data

.....
podpis studenta/doktoranta

OŚWIADCZENIE STUDENTA / DOKTORANTA

Ja niżej podpisany(-na), świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń i podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że*:

- ukończyłem/am 26 lat i nie posiadam innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym;
- nie ukończyłem/am 26 lat, ale nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu;
- jestem obywatelem kraju UE lub EFTA i nie posiadam obywatelstwa polskiego oraz innego tytułu do ubezpieczenia w kraju stałego zamieszkania i na terenie RP;
- 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.

* postawić krzyżyk we właściwym miejscu

Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Biura Spraw Studenckich Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie o zmianie danych zawartych w oświadczeniu oraz utracie prawa do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia przez Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie.

.....
miejscość i data

.....
podpis studenta/doktoranta