



WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM

Dane identyfikacyjne studenta/doktoranta:

Imię, Drugie Imię

Nazwisko, Nazwisko rodowe

Data i miejsce urodzenia

Adres zameldowania

(ulica, nr domu i lokalu)

(kod i miejscowość)

Adres zamieszkania

(ulica, nr domu i lokalu)

(kod i miejscowość)

Telefon kontaktowy

Numer albumu

Numer PESEL Numer NIP

Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu

Obywatelstwo

Narodowość Numer umowy w NFZ

(wypełniają cudzoziemcy)

Stopień niepełnosprawności

Dane członków rodziny studenta/doktoranta zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego pozostających na jego wyłącznym utrzymaniu:

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 wojewódzkiego oddziału NFZ w

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis

ww. jest studentem
(rok) (kierunek) (tryb studiów S/N)

.....
Podpis Działu Obsługi Studenta

Oświadczam, że (właściwe zaznaczyć):

- 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

Upoważniam Uczelnie – płatnika składek – do podpisania w moim imieniu dokumentów o ubezpieczeniu zdrowotnym przekazywanych do ZUS.

Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Działu Obsługi Studenta o zmianie danych zawartych w oświadczeniu oraz utracie prawa do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis

Wyrejestrowanie z ubezpieczenia następuje automatycznie w przypadku utraty statusu studenta (obrona, skreślenie z list studenckich)
Zgodnie z art. 67 ust. 5 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 roku Nr 164, poz. 1027) „Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, które ukończyły szkołę średnią lub wyższą, wygasa po upływie 4 miesięcy od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów lub studentów.”