WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM STUDENTA

Imię / Imiona

Nazwisko

Nazwisko rodowe

PESEL

Płeć

Data urodzenia (dd mc rok)

Obywatelstwo

Adres zameldowania ulica, nr domu, nr mieszkania

Kod pocztowy, miejscowość

-

Województwo / gmina

Telefon kontaktowy, adres poczty elektronicznej

Adres zamieszkania (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

ulica, nr domu, nr mieszkania

Kod pocztowy, miejscowość

-

Województwo / gmina

Telefon kontaktowy, adres poczty elektronicznej

Adres do korespondencji (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

ulica, nr domu, nr mieszkania

Kod pocztowy, miejscowość

Województwo / gmina

Telefon kontaktowy, adres poczty elektronicznej

Wojewódzki Oddział NFZ .....

Oświadczam, że: (właściwe zaznaczyć)

- ukończyłem/am 26 lat i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
- nie ukończyłem/am 26 lat i nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica, współmałżonka),
- nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym,
- nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym,
- jestem/nie jestem (właściwe podkreślić) zatrudniony na podstawie umowy zlecenia,
- nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego, renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
- 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 jestem ubezpieczony/a jako student/ka na innej uczelni.

Nie posiadam orzeczenia / posiadam orzeczenie o ..... stopniu niepełnosprawności.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Uczelni o zmianach jakie nastąpią w trakcie trwania ubezpieczenia.
Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, iż moje dane osobowe zbierane przez ASP im. E. Gepperta we Wrocławiu są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

Wydział .....

kierunek studiów .....

rok studiów .....

forma studiów - stacjonarne / niestacjonarne

Data wypełnienia Czytelny podpis studenta

....