

Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ

Jestem (odpowiednie podkreślić):

- Studentem
- Doktorantem

nazwisko i imię

PESEL

data urodzenia

Adres:

kod pocztowy

mięscowość

gmina

województwo

państwo

ulica

nr domu

nr mieszkania

nr telefonu

obywatelstwo

nazwisko rodowe

Płeć: (odpowiednie podkreślić): kobieta, mężczyzna

Wydział

Katedra (tylko dla doktorantów)

rok studiów

Nr albumu

Data powstania obowiązku ubezpieczenia

Proszę o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym zgodnie z obowiązującymi przepisami:

1. Oświadczam, że:

- Nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego, opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka)
- Nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,
- Nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie
- Nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
- Nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
- Nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
- Nie jestem zarejestrowany jako bezrobotny w Urzędzie Pracy,
- Nie pobieram stypendium sportowego,
- Nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- Nie jestem ubezpieczony jako student/doktorant innego kierunku studiów na Uniwersytecie Przyrodniczym w Poznaniu lub innej uczelni

2. Zobowiązuję się do poinformowania Działu Płat Stypendiów o zmianie danych osobowych, adresowych.

3. Zobowiązuję się do poinformowania Działu Płat Stypendiów w ciągu 7 dni o powstaniu innego tytułu do ubezpieczenia (np. podjęciu pracy, wejście w związek małżeński itd.) powodujących wygaśnięcie obowiązku opłacania przez Uczelnię składek zdrowotnych.

4. Zobowiązuję się do poinformowania Działu Płat Stypendiów w ciągu 7 dni o ukończeniu studiów, skreśleniu z listy studentów/doktorantów lub rezygnacji ze studiów.

Oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 § 1 Kodeksu Karnego).

(miejscowość i data)

(czytelny podpis składającego oświadczenie)