

Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym studentów AWF w Krakowie w Narodowym Funduszu Zdrowia

Imię i Nazwisko:

Pesel:

Numer telefonu:

Zwracam się o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ od dnia:

Oświadczenie

1. Ja niżej podpisany/a świadomy/a odpowiedzialności karnej oświadczam, że nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, oraz nie pozostaję na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu, a w szczególności:

- a. Nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka);
- b. Nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym;
- c. Nie jestem zatrudniony/a na podstawie umowy zlecenia/świadczenia usług;
- d. Nie pobieram świadczeń emerytalno-rentownych z ubezpieczenia społecznego;
- e. Nie pobieram stypendium sportowego;
- f. Nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego, zasiłku okresowego z pomocy społecznej;
- g. Nie jestem uprawniony/a do pobierania świadczeń alimentacyjnych;
- h. Nie posiadam orzeczenia o stopniu niepełnosprawności;
- i. Nie jestem zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy, jako osoba bezrobotna;
- j. Nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników;
- k. Nie jestem ubezpieczony/a jako student innego kierunku studiów lub na innej uczelni.

2. Oświadczam, że niezwłocznie zobowiązuję się powiadomić pod rygorem odpowiedzialności karnej uczelnię w przypadku:

- a. Zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego;
- b. Utraty statusu studenta (obrona pracy mgr, lic. rezygnacja ze studiów, skreślenie z listy studentów) lub zaistnienia którejkolwiek z okoliczności wymienionej w pkt.1
- c. Powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny co powoduje wygaśnięcie obowiązku opłacania składki przez AWF w Krakowie.

3. Dane identyfikacyjne studenta zgłaszanego do ubezpieczenia zdrowotnego przez AWF w Krakowie:

Pesel:	
Seria i numer dowodu osobistego:	
Nazwisko:	
Pierwsze imię:	
Drugie imię:	
Data urodzenia:	
Nazwisko rodowe:	
Obywatelstwo:	
Data powstania obowiązku ubezpieczenia:	
Nazwa oddziału NFZ:	
Adres zameldowania, kod pocztowy:	 Gmina..... Powiat.....
Adres zamieszkania, kod pocztowy:	 Gmina..... Powiat.....
Adres do korespondencji, kod pocztowy:	 Gmina..... Powiat.....
Wydział i kierunek studiów:	
Nr albumu:	Rok studiów.....
System studiów: stacjonarne/niestacjonarne*	Stopień studiów: I stopnia/II stopnia*

* - niepotrzebne skreślić

.....

Miejscowość i data

Podpis studenta

4. Oświadczenie o rezygnacji

Oświadczam, że rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Akademię Wychowania Fizycznego w Krakowie z dniem:

.....

Miejscowość i data

Podpis studenta