

# WNIOSEK STUDENTA O OBJECIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ

(wypełnić drukowanymi literami)

Oddział Wojewódzki NFZ

Wydział UW.....

Seria i nr paszportu (w przypadku obcokrajowców)

PESEL

Nazwisko

Imię

Drugie imię

Obywatelstwo

tel kontaktowy

---

## ***Adres stałego zameldowania***

kod pocztowy

Miejscowość

Państwo

Ulica

nr domu

nr lokalu

Dzielnica/gmina

Województwo

---

## ***Adres zamieszkania***

kod pocztowy

Miejscowość

Państwo

Ulica

nr domu

nr lokalu

Dzielnica/gmina

Województwo

---

## ***Adres do korespondencji***

kod pocztowy

Miejscowość

Państwo

Ulica

nr domu

nr lokalu

Dzielnica/gmina

Województwo

Na podstawie ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie przez UW danych zawartych we wniosku oraz na ich przekazanie do Narodowego Funduszu Zdrowia i świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kk<sup>1</sup> oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

.....  
miejscowość i data

.....  
czytelny podpis

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y, pouczona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego<sup>1</sup> za udzielanie nieprawdziwych informacji oświadczam, że nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, a w szczególności:

- nie pozostaję w stosunku pracy oraz nie jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenia,
- nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego,
- nie jestem zarejestrowana/y w Rejonowym Urzędzie Pracy, jako osoba bezrobotna,
- nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- nie jestem ubezpieczony jako student/doktorant innej uczelni.

W przypadku utraty praw studenta należy niezwłocznie zgłosić się do Biura Spraw Studenckich celem złożenia oświadczenia o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego.

W przypadku nabycia ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu należy zgłosić się do Biura Spraw Studenckich w ciągu 7 dni od daty jego nabycia celem złożenia oświadczenia o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego.

.....  
(miejsce i data)

.....  
(podpis składającego oświadczenie)

---

<sup>1</sup> Art. 233 § 1: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.