Załącznik nr 1

do „Instrukcji dotyczącej zasad ubezpieczenia zdrowotnego studentów i doktorantów Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie”

**Uniwersytet Pedagogiczny**

**im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie**

**Biuro Spraw Studenckich**

**30-084 Kraków**

**ul. Podchorążych 2**

## Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym

## w Narodowym Funduszu Zdrowia

Imię i Nazwisko ..................................................................................................…..............…….............

Rok i kierunek studiów…………………………………………………………………………………...

Forma studiów……………………………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia ............................................................................……………............................

Adres zamieszkania ....................................................................................……………...........................

(województwo, powiat, gmina)

………………………………………………………………….......................……

(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)

Telefon kontaktowy ................................................................................................................................................

Numer PESEL....................................................................... Numer albumu............................................

Seria i numer paszportu (dotyczy cudzoziemców)................................... Obywatelstwo..........................

Narodowość ............................................. Numer umowy w NFZ ...........................................................

(wypełniają cudzoziemcy)

Dane członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego (małżonek, dzieci, pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym):

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 oddziału NFZ w województwie:**...................................…………………….

(wpisać właściwe dla miejsca zamieszkania)

.................................... ...................................................

miejscowość i data podpis studenta/doktoranta

**OŚWIADCZENIE STUDENTA / DOKTORANTA**

**Ja niżej podpisany(-na), świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń i podanie nieprawdziwych danych, oświadczam, że\*:**

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.

\* postawić krzyżyk we właściwym miejscu

***Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Biura Spraw Studenckich Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie o zmianie danych zawartych w oświadczeniu oraz utracie prawa do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia przez Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie.***

.................................... ...................................................

miejscowość i data podpis studenta/doktoranta