

**WNIOSEK STUDENTA EUROPEJSKIEJ UCZELNI
W WARSZAWIE O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ**

Imię i Nazwisko

Nr albumu.....

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż zamieszkania).....

Adres e-mail.....

Telefon kontaktowy

Numer PESEL.....Numer NIP.....

Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu..... Obywatelstwo.....

Narodowość Numer umowy w NFZ
(wypełniają cudzoziemcy)

Dane członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego (małżonek, dzieci, wstępni 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 wojewódzkiego oddziału NFZ w
(właściwy dla miejsca zamieszkania)

.....
miejscowość i data

.....
podpis

OŚWIADCZENIE

1. Utraciłem/am status osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego tytułu, a w szczególności:
 - 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 podstawie umowy zlecenia,
 - nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
 - nie pobieram stypendium sportowego,
 - nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
 - nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
 - nie jestem zarejestrowany/a 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 w innej uczelni.
2. W przypadku zaistnienia okoliczności wymienionych w punkcie 1, a tym samym powstania innego tytułu ubezpieczenia zdrowotnego powiadomię właściwy Dziekanat o tym fakcie w przeciągu 14 dni od daty jego powstania.
3. W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię właściwy Dziekanat w terminie 14 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę.

.....
miejscowość i data

.....
podpis

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI

Oświadczam, że rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Europejską Uczelnię w Warszawie – płatnika składek. Ostatnią składkę na ubezpieczenie zdrowotne proszę uiścić za miesiąc.....

.....
miejscowość i data

.....
podpis