**Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym doktoranta UAM w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ)**

Imię i nazwisko:

Numer PESEL:

Zwracam się z wnioskiem o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ od dnia:

\_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ r.

Oświadczam, że:

1. ukończyłem/am 26 lat i nie posiadam innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym;
2. nie ukończyłem/am 26 lat i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu;
3. nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka);
4. nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym;
5. nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie, od której jest opłacana składka zdrowotna;
6. nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego, renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej;
7. nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.);
8. zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny nie posiadają innego tytułu do ubezpieczenia.

….…………………… …………………………………..…….

Miejscowość i data podpis

Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu o zmianie danych zawartych w zgłoszeniu oraz utracie prawa do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez UAM albo rezygnacji (również członka rodziny) niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 3 dni od daty zaistnienia zmian.

Informację o zmianie danych zawartych w oświadczeniu należy zgłosić poprzez ponowne złożenie wniosku z dopiskiem „AKTUALIZACJA”.

Informację o rezygnacji należy zgłosić poprzez złożenie oświadczenia o rezygnacji.

….…………………… …………………………………..…….

Miejscowość i data podpis

Załącznik

1. **DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko | Imię | Data urodzenia |
| Rodzaj dokumentu   1. Dowód osobisty 2. Paszport | Seria i numer dokumentu | PESEL |
| NIP |

1. **DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię drugie | Nazwisko rodowe |
| Obywatelstwo | Narodowość |

1. **DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**
2. NFZ właściwe dla miejsca zamieszkania (wpisać województwo)
3. Numer i data umowy zawartej z NFZ (wypełniają cudzoziemcy)
4. **ADRES:**
5. Adres zameldowania na pobyt stały – zgodnie z wpisem w dowodzie osobistym:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj | Województwo | Powiat | |
| Gmina | Ulica / Osiedle | Nr domu | Nr lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta | |

1. Adres zamieszkania – zgłoszony do urzędu skarbowego wskazanego poniżej, jeżeli jest inny niż adres zameldowania:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj | Województwo | Powiat | |
| Gmina | Ulica / Osiedle | Nr domu | Nr lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta | |

1. Adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zameldowania oraz dane do kontaktu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj | Województwo | Powiat | |
| Gmina | Ulica / Osiedle | Nr domu | Nr lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta | |
| Tel. kontaktowy | Adres e-mail | | |

**Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

….…………………… …………………………………..…….

Miejscowość i data podpis