**WNIOSEK** [ ]  **STUDENTA** [ ]  **DOKTORANTA**

 **O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr albumu/rejestru:Wpisz nr albumu/rejestru | PłećWybierz | Kod stopnia niepełnosprawności (jeżeli posiada)Wybierz |
| **Nazwisko:**Wpisz nazwisko | Nazwisko rodowe (jeżeli posiada)Wpisz nazwisko rodowe |
| **Imiona:**Wpisz imiona, zgodnie z dokumentem tożsamości |
| Data urodzenia:Podaj datę urodzenia w formacie DD.MM.RRRR | Obywatelstwo:Podaj obywatelstwo |
|  |
| **Adres zameldowania na pobyt stały**  | Kod pocztowy:Podaj kod pocztowy |
| Miejscowość:Wpisz nazwę miejscowość |
| Ulica:Wpisz nazwę ulicy | Nr domu:Podaj numer domu | Nr lokalu:Podaj numer lokalu |
| Gmina:Wpisz nazwę gminy | Województwo:Wpisz nazwę województwa  | Państwo:Wpisz nazwę państwa |
|  |
| **Adres zamieszkania** *(jeżeli jest inny niż adres zameldowania)* | Kod pocztowy:Podaj kod pocztowy |
| Miejscowość:Wpisz nazwę miejscowość |
| Ulica:Wpisz nazwę ulicy | Nr domu:Podaj numer domu | Nr lokalu:Podaj numer lokalu |
| Gmina:Wpisz nazwę gminy | Województwo:Wpisz nazwę województwa  | Państwo:Wpisz nazwę państwa |
|  |
| **Adres do korespondencji** *(opcjonalnie)*:Wpisz adres do korespondencji jeśli jest inne niż wyżej wskazane. |
|  |
| **PESEL:**Podaj numer PESEL | **Seria i nr** paszportu (w przypadku obcokrajowców):Podaj serię i numer paszportu jeśli jesteś obywatelem innego kraju niż Polska |
| **Oddział Wojewódzki NFZ** (w przypadku zmiany wymagane jest podanie adresu zamieszkania na terenie nowego oddziału):Podaj oddział wojewódzki NFZ |
|  |
| Numer telefonu do kontaktu:Podaj nr telefonu kontaktowego |

*Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 k.k.\* oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.*

Wprowadzić datę

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

 *(data) (czytelny podpis składającego wniosek)*

**OŚWIADCZENIE**

*Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 k.k.\*), odpowiedzialności na podstawie art. 286 k.k.\*\* oraz dyscyplinarnej (art. 307 i 322 p.s.w.n.\*\*\*)*

***oświadczam, że:***

1. Utraciłem/am status osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z żadnego innego tytułu, a w szczególności:
	* nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub małżonka),
	* nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej,
	* 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 / doktorant innego kierunku studiów na UJ lub innej uczelni.
2. W przypadku zaistnienia okoliczności wymienionych w punkcie 1, a tym samym powstania innego tytułu ubezpieczenia zdrowotnego powiadomię o tym fakcie Dział Spraw Studenckich w terminie do 3 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.
3. W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Dział Spraw Studenckich w terminie 3 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.
4. Niezwłocznie poinformuję Dział Spraw Studenckich o fakcie utraty statusu studenta/doktoranta na skutek:
	* ukończenia studiów pierwszego stopnia, drugiego stopnia lub doktoranckich
	* skreślenia z listy studentów/doktorantów
5. W przypadku braku zgłoszenia wyrejestrowania w terminie (jeśli składki zostaną przekazana do ZUS za kolejny miesiąc) konieczne jest złożenie pisma z prośbą o wycofanie składek i dostarczenie go do Biura Działu Spraw Studenckich.

Miejscowość i bieżąca data

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

*(miejscowość i data) (czytelny podpis )*

Wyrażam zgodę na otrzymywanie raz w miesiącu pocztą elektroniczną na adres podany
w USOS informacji potwierdzającej objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym oraz przypominającej
o obowiązku wyrejestrowania z ubezpieczenia w przypadku powstania innego tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

Miejscowość i bieżąca data

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

*(miejscowość i data) (czytelny podpis)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ustawa z dnia 6 czerwiec 1997 r. kodeks karny (Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553)

\*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 od 6 miesięcy do lat 8.”

\*\*art. 286 § 1: „Kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzania własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce(Dz.U. z 2018 r., poz. 1668)

**\*\*\***art. 307.ust. 1. „Student podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie przepisów obowiązujących w uczelni oraz za czyn uchybiający godności studenta. ”

**\*\*\***art. 322. ust. 1. „Doktorant podlega odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie przepisów obowiązujących w podmiocie prowadzącym szkołę doktorską oraz za czyn uchybiający godności doktoranta [...].”