

Załącznik nr 1

do Regulaminu zgłaszania studentów WSMED do ubezpieczenia zdrowotnego

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !

WNIOSEK STUDENTA O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ

Wydział:

Nr albumu:

Nazwisko:

Imiona:

Data urodzenia:

Obywatelstwo:

Adres stałego zameldowania		Kod pocztowy:	
Miejscowość:			
Ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
Gmina:	Województwo:		Państwo:
Adres czasowego zameldowania		Kod pocztowy:	
Miejscowość:			
Ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
Gmina:	Województwo:		Państwo:
Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż zameldowania)		Kod pocztowy:	
Miejscowość:			
Ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
Gmina:	Województwo:		Państwo:

PESEL:

Oddział Wojewódzki NFZ:

Seria i nr dowodu/paszportu:

Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Administratorem Danych Osobowych jest Wyższa Szkoła Medyczna z siedzibą w Białymstoku, ul. Krakowska 9. Podane dane osobowe będą przetwarzane w celu zrealizowania obowiązku prawnego jaki ciąży na WSMED i będą przekazywane w tym celu m.in. do NFZ. We wszelkich sprawach związanych z ochroną danych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (inspektor@ochronadanych.hub.pl) – pełny obowiązek informacyjny znajduje się na stronie www.wsmmed.edu.pl/rodo oraz w Polityce Prywatności.

(data)

(czytelny podpis składającego wniosek)

OŚWIADCZENIE

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 § 1², art. 286³ Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny; Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej, oświadczam, że:

1. Utraciłem/am status osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego innego 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 innej uczelni oraz nie podlegam obowiązkowi z innych tytułów wymienionych w ustawie z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię pisemnie pracownika Kwestury w trybie natychmiastowym o powstaniu zmiany lub uzyskaniu dokumentu potwierdzającego zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.
3. Niezwłocznie poinformuję pracownika Kwestury o:
 - podjęciu pracy (na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia),
 - podjęciu pracy przez współmałżonka (na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia),

(miejsowość i data)

(czytelny podpis składającego oświadczenie)

²Art. 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.” ³Art. 286: „Kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia 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.”

Załącznik nr 2

do Regulaminu zgłaszania studentów WSMED do ubezpieczenia zdrowotnego

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !

WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ CZŁONKA RODZINY STUDENTA UBEZPIECZONEGO PRZEZ WSMED

Dane studenta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym przez SGSP:

Wydział:	
Rok studiów:	Nr albumu:
Nazwisko:	Imię:
Data urodzenia:	Obywatelstwo:
PESEL:	
Seria i nr / dowodu osobistego / paszportu*:	

Dane członków rodziny (*małżonek, dzieci*) zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:	Stopień pokrewieństwa:
PESEL:	Seria i nr dowodu osobistego / paszportu*:	
Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:	Stopień pokrewieństwa:
PESEL:	Seria i nr dowodu osobistego / paszportu*:	
Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:	Stopień pokrewieństwa:
PESEL:	Seria i nr dowodu osobistego / paszportu*:	

w przypadku obcokrajowców

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 § 1⁴, art. 286⁵ Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny; Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej,

oświadczam, że:

1. zgłaszani przeze mnie do ubezpieczenia członkowie mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.
2. w przypadku powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby, bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię niezwłocznie właściwy dziekanat, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.
3. w przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Kwesturę w trybie natychmiastowym o powstaniu zmiany lub uzyskaniu dokumentu potwierdzającego zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

(miejsowość i data)

(czytelny podpis składającego wniosek)

⁴Art. 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.” ⁵Art. 286: „Kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia 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.”

Załącznik nr 3

do Regulaminu zgłaszania Studentów WSMED do ubezpieczenia zdrowotnego

(miejscowość; data) (imię i nazwisko osoby udzielającej upoważnienia)

(PESEL)

(seria i numer dowodu osobistego / paszportu)

(adres stałego zameldowania / zameldowania czasowego)

(nr telefonu do kontaktu)

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany/podpisana upoważniam Pana/Panią legitymującego(a) się dowodem osobistym / paszportem (*w przypadku obcokrajowców*) o numerze, nr PESEL, do złożenia w moim imieniu wniosku o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wraz z oświadczeniem o niepodleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu oraz odbioru dokumentu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego (ZUS ZZA).

(czytelny podpis osoby udzielającej upoważnienia)

Załącznik nr 4

do Regulaminu zgłaszania studentów WSMED do ubezpieczenia zdrowotnego

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !

REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

I. Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonego Studenta.

Dane ubezpieczonego:

Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:
PESEL:	Seria i nr dowodu osobistego / paszportu*:

Oświadczam, że z dniem.....rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez WSMED z powodu:

- uzyskania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego:
- podjęcia pracy (na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia),
- podjęcia pracy przez współmałżonka (na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia).

*(data)**(czytelny podpis)*

II. Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny ubezpieczonego Studenta

Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:
PESEL:	Seria i nr dowodu osobistego / paszportu*:

Dane członka rodziny podlegającego wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:	PESEL::
Seria i nr dowodu osobistego / paszportu*	Stopień pokrewieństwa:	

Oświadczam, że z dniem ww. członek mojej rodziny uzyskał inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego w związku z czym zgłaszam jego rezygnację z ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ przez WSMED.

(data, miejscowość)

(podpis, imię i nazwisko)

*w przypadku obcokrajowców