

**Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ  
(dla Obcokrajowców)**

Imię i Nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres stałego zamieszkania .....

*(województwo, powiat, gmina)*

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

Adres czasowego zamieszkania .....

*(województwo, powiat, gmina)*

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

Numer PESEL.....E-mail.....Numer albumu.....

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

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

*(wypełniają obcokrajowcy)*

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)*

.....  
*(czytelny podpis)*

Na podstawie *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych/RODO)* wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Akademię Mazowiecką w Płocku danych zawartych we wniosku oraz na ich przekazanie do Narodowego Funduszu Zdrowia.

**I. Oświadczam, że:**

- 1) nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodziców, dziadków lub współmałżonka),
- 2) nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym,
- 3) nie jestem zatrudniona/y na umowę zlecenia,
- 4) nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
- 5) nie pobieram stypendium sportowego,
- 6) nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
- 7) nie jestem uprawniona/y do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
- 8) nie jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy,
- 9) nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- 10) nie jestem ubezpieczona/y jako student/doktorant innej uczelni.

Ponadto 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* (Dz. U. z 2021, poz. 1285).

**II.** Oświadczam, że w przypadku zaistnienia którejkolwiek okoliczności wymienionej w pkt I, a tym samym powstaniem innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

**III.** Oświadczam, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego tę zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

**IV.** Nie posiadam obywatelstwa UE lub EFTA, zostałem/am uznany/a za osobę polskiego pochodzenia w rozumieniu przepisów o repatriacji/posiadam kartę Polaka\* i nie podlegam na terenie RP ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.

**V.** Jestem obywatelem państwa członkowskiego UE lub EFTA i nie posiadam obywatelstwa polskiego oraz innego tytułu do ubezpieczenia w kraju stałego zamieszkania i na terenie RP.

**VI.** W przypadku otrzymania obywatelstwa polskiego lub karty pobytu powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty otrzymania obywatelstwa lub karty, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

\* podkreślić właściwe

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(czytelny podpis)

**Świadoma/y odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 kk oświadczam, że podane dane są zgodnie z prawdą.**