

Płock, dnia

.....
(nazwisko i imiona, nr albumu)

.....
(rok i kierunek studiów, stacjonarne, niestacjonarne*)

.....
(PESEL)

.....
(województwo)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
(adres e-mail, nr telefonu)

WNIOSEK STUDENTA

Dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego

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 r., poz. 1285).

.....
(czytelny podpis)

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.

.....
(czytelny podpis)

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.

.....
(czytelny podpis)

Na podstawie ustawy z dnia 10 V 2018 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Akademię Mazowiecką w Płocku danych zawartych w oświadczeniu oraz na ich przekazanie do Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadoma/y odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 kk oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą.

* niepotrzebne skreślić