

Warszawa, dn.

.....
imię (imiona) i nazwisko

.....
Nr indeksu

.....
(studia: stacjonarne/ niestacjonarne)

ADRES ZAMELDOWANIA / ZAMIESZKANIA*

.....
(województwo)

.....
(PESEL)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

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

.....
(Oddział NFZ)

Oświadczenie o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu:

Ukończyłem/am 26 lat:

- jestem / nie jestem*** zatrudniony/a w ramach stosunku pracy;
- jestem / nie jestem*** zatrudniony/a na podstawie umowy zlecenia;
- prowadzę / nie prowadzę*** działalność gospodarczą;
- posiadam / nie posiadam*** współmałżonka, który podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu;
- jestem / nie jestem*** zarejestrowany/a w urzędzie pracy;

Nie ukończyłem/am 26 lat:

- rodzice przebywają za granicą- **tak / nie *** i **podlegają / nie podlegają*** ubezpieczeniu zdrowotnemu ;
- rodzice są bezrobotni – **tak / nie*** i nie są zarejestrowani w urzędzie pracy – **tak / nie***;
- mam / nie mam*** przyznanej renty rodzinnej i alimentów;
- mam / nie mam*** dziadków, którzy podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu;
- mam / nie mam*** opiekunów ustanowionych sądownie;
- mam / nie mam*** rodziny zastępczej.

*niepotrzebne skreślić

.....
podpis studenta

Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny nie posiadających innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego:

.....
(nazwisko i imię, stopień pokrewieństwa, PESEL członka rodziny zgłaszanego do ubezpieczenia zdrowotnego)

.....
(nazwisko i imię, stopień pokrewieństwa, PESEL członka rodziny zgłaszanego do ubezpieczenia zdrowotnego)

Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Uniwersytetu o zmianie danych osobowych oraz zmianach związanych ze studiami, a także o powstaniu prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu w terminie do 7 dni od daty powstania ww. zmian, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

dnia.....

.....
podpis składającego oświadczenie