

Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ

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.....Numer NIP.....Numer albumu.....

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

Narodowość Numer umowy w NFZ
(wypełniają cudzoziemcy)

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

Oświadczam: zaznaczyć właściwe

1. uraciłem/am status członka rodziny czyli ukończyłem/am 26 lat i nie podlegam jako członek rodziny ubezpieczeniu zdrowotnemu ani nie posiadam innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym

2. nie utraciłem/am statusu członka rodziny, ale nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu (podać przyczynę)

.....
.....

3. 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

4. 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

* podkreślić właściwe

Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Działu Nauczania UAM o zmianie danych osobowych oraz zmianach związanych ze studiami, a także o powstaniu prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis

REZYGNACJA

Oświadczam, że rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu – płatnika składek z dniem

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis

Wypełnia Dział Nauczania:

- ostatnia składka za miesiąc: _____

- wyrejestrowano na podstawie:

rezygnacji

skreślenia

złożenia egzaminu dyplomowego

z dnia _____