

WNIOSEK / ZGŁOSZENIE O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM
STUDENTA/DOKTORANTA WAT W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA (NFZ)

NAZWISKO*.....

IMIĘ (pierwsze i drugie).....

PESEL.....

DATA URODZENIA.....

NAZWISKO RODOWE.....

OBYWATELSTWO.....

1) ADRES zameldowania

.....

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

DZIELNICNGMINA

ul..... nr domu.....nr lok.....

2) ADRES zamieszkania

.....

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

DZIELNICNGMINA

ul..... nr domu.....nr lok.....

Proszę o zgłoszenie do: NFZ*** oddział wod dnia.....

(odpowiedni względem adresu zamieszkania)

TYTUŁ UBEZPIECZENIA ¹ student / doktorant studia: stacjonarne / niestacjonarne

Stopień niepełnosprawności: TAK NIE jaki.....

Okres (od-do) na jaki orzeczony został stopień niepełnosprawności.....

Data rozpoczęcia studiów WAT.....

Wydział

Dane dotyczące członka rodziny:**

1. NAZWISKO..... IMIĘ.....

PESEL członka rodziny.....

data urodzenia.....

Stopień pokrewieństwa....., Stopień niepełnosprawności.....

2. NAZWISKO..... IMIĘ.....

PESEL członka rodziny.....

data urodzenia.....

Stopień pokrewieństwa....., Stopień niepełnosprawności.....

Jednocześnie oświadczam, że nie posiadam / nie realizuję;

- umowy o pracę,
- umowy zlecenie,
- działalności gospodarczej,
- KRUS,
- renty,
- małżonka objętego ubezpieczeniem zdrowotnym,
- członka rodziny (rodzice, dziadkowie, opiekunowie prawni) objętego ubezpieczeniem zdrowotnym,
- nie pozostając na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdy lub zatajenia prawdy. Jednocześnie **zobowiązuję niezwłocznie poinformować WAT** o zmianie moich danych lub członka rodziny oraz o powstaniu innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.

.....
(czytelny podpis, data, miejscowość)

ADNOTACJA SZKOŁY DOKTORSKIEJ

Potwierdzenie, że ww. osoba jest doktorantem Szkoły Doktorskiej WAT.

W razie rezygnacji z kształcenia w SDR WAT ww. prosimy o informacje na podstawie jakiej decyzji i od kiedy zostaje skreślony/a z listy doktorantów.

Informację należy przekazać niezwłocznie do sekcji ZUS (pok. 14), tel. 261-837-473.

.....
Podpis Kierownika Dziekanatu Szkoły Doktorskiej WAT

Objaśnienia:

* Wypełnić czytelnie DRUKOWANYMI LITERAMI / niepotrzebne skreślić

* Członkowie rodzin na utrzymaniu pracownika

¹ Tytuł ubezpieczenia (odpowiednie podkreślić)

² Adres członka rodziny zgodny lub nie zgodny z adresem zamieszkania ubezpieczonego

*** Identyfikatory Oddziałów NFZ:

- 01 Dolnośląski Oddział NFZ we Wrocławiu
- 02 Kujawsko-Pomorski Oddział NFZ w Bydgoszczy
- 03 Lubelski Oddział NFZ w Lublinie
- 04 Lubuski Oddział NFZ w Zielonej Górze
- 05 Łódzki Oddział NFZ w Łodzi
- 06 Małopolski Oddział NFZ w Krakowie
- 07 Mazowiecki Oddział NFZ w Warszawie
- 08 Opolski Oddział NFZ w Opolu

- 09 Podkarpacki Oddział NFZ w Rzeszowie
- 10 Podlaski Oddział NFZ w Białymstoku
- 11 Pomorski Oddział NFZ w Gdańsku
- 12 Śląski Oddział NFZ w Katowicach
- 13 Świętokrzyski Oddział NFZ w Kielcach
- 14 Warmińsko - Mazurski Oddział NFZ w Olsztynie
- 15 Wielkopolski Oddział NFZ w Poznaniu
- 16 Zachodniopomorski Oddział NFZ w Szczecinie