

Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ

Imię i Nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

(województwo, powiat, gmina)

.....

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

Telefon kontaktowy

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

.....
podpis

Oświadczam, że:

1. ukończyłem/am 26 lat i nie posiadam innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym
2. nie ukończyłem/am 26 lat, ale nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu
3. jestem obywatelem kraju UE lub EFTA i nie posiadam obywatelstwa polskiego oraz innego tytułu do ubezpieczenia w kraju stałego zamieszkania i na terenie RP
4. nie posiadam obywatelstwa UE lub EFTA, zostałem/am uznany/a za osobę polskiego pochodzenia w rozumieniu przepisów o repatriacji i nie podlegam na terenie RP ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu

* podkreślić właściwe

Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Działu Nauczania UAM o zmianie danych zawartych w oświadczeniu oraz utracie prawa do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez UAM.

.....
miejsowość i data

.....
podpis

OŚWIADCZENIE REZYGNACJI

Oświadczam, że rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu – płatnika składek. Ostatnią składkę na ubezpieczenie zdrowotne proszę uiścić za miesiąc

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis

Wypełnia Dział Nauczania:

- pierwsza składka za miesiąc nr ZZA.....
- ostatnia składka za miesiącnr ZWUA