

**WNIOSEK O OBJĘCIE DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM
W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA**

UWAGA: WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, DŁUGOPISEM LUB PIÓREM

| | |
|---|---------------|
| | |
| PESEL * | nr NIP |
| | |
| seria i numer dowodu osobistego lub paszportu ** | |
| | |
| wydany przez | |
| | |
| imię i nazwisko, obywatelstwo | |
| | |
| data urodzenia | |
| | |
| ulica, nr domu, nr mieszkania | |
| | |
| kod pocztowy, miejscowość | |
| | |
| <u>Zgłaszani członkowie rodziny***</u> | |
| PESEL, imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa | |

* w przypadku cudzoziemców, którym nie nadano Nr PESEL należy wpisać numer i serię karty pobytu

** w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL lub numeru NIP należy wpisać serię i numer dowodu osobistego

*** w przypadku potrzeby proszę rozszerzyć tabelę dotyczącą zgłaszanych członków rodziny

..... **Oddział**
Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
z siedzibą w

Zwracam się z prośbą o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu

Zdrowia od dnia
(dzień) (miesiąc) (rok)

Oświadczam, że:

- 1) nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu;
- 2) okres, w którym nie podlegałem/łam ubezpieczeniu zdrowotnemu wynosi mniej niż 3 miesiące/ wynosi miesiące .

Deklaruję miesięczny dochód w kwociezł,
słownie:.....zł

Ponadto oświadczam, że zgłaszany przeze mnie członek rodziny:

- 1) nie podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu;
- 2) jest uprawniony do zgłoszenia z tytułu:
 - a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej****,
 - do ukończenia 18 lat****,
 - do ukończenia 26 lat (z tytułu kształcenia)****,
 - bez ograniczenia wieku, ponieważ posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi****
 - b) małżonek****,
 - c) krewny wstępny pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym****.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach jakie nastąpią w trakcie trwania ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, iż moje dane osobowe zbierane przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w..... przy ul. są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn.zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

.....
miejsowość, data podpis

*** w przypadku potrzeby proszę rozszerzyć tabelę dotyczącą zgłaszanych członków rodziny

niepotrzebne skreślić