

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

UWAGA: WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, DŁUGOPISEM LUB PIÓREM

.....

PESEL ¹	NIP
--------------------	-----

.....

seria i numer dowodu osobistego lub paszportu

.....

wydany przez

.....

imię i nazwisko, obywatelstwo

.....

data urodzenia

.....

ulica, nr domu, nr mieszkania

.....

kod pocztowy, miejscowość

.....

telefon kontaktowy, adres poczty elektronicznej

Zgłaszani członkowie rodziny^{2,3}

1) .....	.....	.....
PESEL ¹	imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa
2) .....	.....	.....
PESEL ¹	imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa
3) .....	.....	.....
PESEL ¹	imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa
4) .....	.....	.....
PESEL ¹	imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa
5) .....	.....	.....
PESEL ¹	imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa

..... 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. ^{3,4}

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

Ponadto oświadczam, że zgłaszany przeze mnie członek rodziny ³:

- 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 ⁴,
 - do ukończenia 18 lat ⁴,
 - do ukończenia 26 lat, jeżeli uczy się dalej w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie ⁴,
 - bez ograniczenia wieku, jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi ⁴,
 - b) małżonek ⁴,
 - c) wstępny pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym ⁴.

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 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 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.

.....
miejscowość, data,

.....
podpis

Objaśnienia:

¹ w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu

² w przypadku potrzeby należy rozszerzyć część dotyczącą zgłaszanych członków rodziny

³ nie dotyczy osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1-4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

⁴ niepotrzebne skreślić