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

Zgłaszani członkowie rodziny***

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)

Pobrano z Formularze.net

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 kwocie .....zł,
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, ze 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 2008 r. Nr 164, poz. 1027, 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*

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

Pobrano z Formularze.net