Załącznik Nr 1

 do Regulaminu zgłaszania do ubezpieczenia
 zdrowotnego studentów PANS we Włocławku

(wcześniej: PUZ we Włocławku)

………………………………………………...…. Włocławek, dnia…………….……….

 *(nazwisko i imię)*

……………………………………………………

*(rok i kierunek studiów, stacjonarne, niestacjonarne\*)*

Orzeczony stopień niepełnosprawności: TAK/NIE\* …..……

ADRES ZAMIESZKANIA:

…………………………………...……………….

 *(województwo)*

*……………………………………………….…...….….*

 *(kod pocztowy, miejscowość)*

*…………………………………………………...….…..*

 *(ulica, nr domu, nr lokalu)*

……………………………………….……..….…

 *(nr. telefonu, adres email)*

**OŚWIADCZENIE STUDENTA**

**PAŃSTWOWEJ AKADEMII NAUK STOSOWANYCH WE WŁOCŁAWKU**

(wcześniej: PAŃSTWOWEJ UCZELNI ZAWODOWEJ WE WŁOCŁAWKU)

1. Oświadczam, że:
2. nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
3. nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym,
4. nie jestem zatrudniony/a na umowę zlecenie,
5. nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
6. nie pobieram stypendium sportowego,
7. nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego
lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
8. nie jestem uprawniony/a do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
9. nie jestem osobą bezrobotną,
10. nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów
o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Ponadto nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zmianami).

 ……………………………………………………

  *(czytelny podpis studenta składającego oświadczenie)*

1. Oświadczam, że zgłaszani przeze mnie następujący członkowie mojej rodziny,
nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (jednego
z wymienionych w pkt. I) ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko i imię | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia | PESEL | Orzeczony stopień niepełnosprawności TAK/NIE |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 ……………………………………………………

  *(czytelny podpis studenta składającego oświadczenie)*

1. Oświadczam, że w przypadku zaistnienia którejkolwiek okoliczności wymienionej
w pkt. I, a tym samym powstaniem innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

 ……………………………………………………

  *(czytelny podpis studenta składającego oświadczenie)*

1. Oświadczam, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie do 7 dni
od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego tę zmianę,
pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

 ……………………………………………………

  *(czytelny podpis studenta składającego oświadczenie)*

\*niepotrzebne skreślić

**UWAGA!**

Stosowne zaświadczenie potwierdzające fakt opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne przez Państwową Akademię Nauk Stosowanych we Włocławku (wcześniej: Państwową Uczelnię Zawodową we Włocławku) wystawia Kwestura.