

Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ

WNIOSZEK NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNICHE I DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

Adres stałego zamieszkania
(województwo, powiat, gmina)

.....
(kod pocztowy, miejscowości, ulica, nr domu, nr lokalu)

Adres czasowego zamieszkania
(województwo, powiat, gmina)

.....
(kod pocztowy, miejscowości, ulica, nr domu, nr lokalu)

Numer PESEL..... Numer albumu.....

Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu..... Obywatelstwo.....

Narodowość Stopień niepełnosprawności.....

Zaznacz „X” określając właściwe studia: dzienne / zaoczne Gdańsk / Gdynia

Numer telefonu komórkowego	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value=" "/>	<input type="text" value=" "/>	<input type="text" value=" "/>	-	<input type="text" value=" "/>	<input type="text" value=" "/>	<input type="text" value=" "/>	-	<input type="text" value=" "/>	<input type="text" value=" "/>	<input type="text" value=" "/>
----------------------------	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Adres e-mail	<input type="text"/>
--------------	----------------------

Dane członków rodziny zgłaszanego 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

.....
czytelny podpis

Oświadczam:

1. utraciłem/am status członka rodziny czyli ukończyłem/am 26 lat i nie podlegam jako członek rodziny ubezpieczeniu zdrowotnemu ani nie posiadam innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.
2. nie utraciłem/am statusu członka rodziny, ale nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu. (podać przyczynę)
.....
.....
3. 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.
4. jestem obywatelem państwa członkowskiego UE lub EFTA i nie posiadam obywatelstwa polskiego oraz innego tytułu do ubezpieczenia w kraju stałego zamieszkania i na terenie RP.

Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Działu Personalnego o zmianie danych osobowych oraz zmianach związanych ze studiami, a także o powstaniu prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

.....
miejscowość i data
czytelny podpis

Rezygnacja:

Oświadczam, że rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Uniwersytet WSB Merito w Gdańsku – płatnika składek z dniem

.....
Miejscowość i data
Podpis

-
1. Administratorem Danych Osobowych jest Uniwersytet WSB Merito w Gdańsku z siedzibą w Gdańskim, al. Grunwaldzka 238a.
 2. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji umowy oraz w celu archiwizacji danych po jej zakończeniu, zawsze w oparciu o przepisy prawa.
 3. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do prawidłowego zawarcia, realizacji i archiwizacji umowy.
 4. Dane osobowe będą przechowywane do końca okresu przedawnienia potencjalnych roszczeń mogących wyniknąć z niniejszej umowy, przez czas konieczny ze względu na realizację umowy przez Administratora Danych oraz czas określony w odrębnych przepisach prawa.
 5. Odbiorcami danych będą podmioty posiadające prawo dostępu do danych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące z Administratorem Danych w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji zadań spoczywających na Administratorze Danych jako Usługobiorcy.
 6. Osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, poprawiania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
 7. Osobie przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).
 8. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest za pośrednictwem e-mail: iod@gdańsk.merito.pl.
 9. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie będą przekazywane do państwa trzeciego.