

## Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ

Imię i Nazwisko .....

Nazwisko rodowe .....

Płeć.....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

(województwo, powiat, gmina)

.....  
(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)

Adres do korespondencji.....

(województwo, powiat, gmina)

.....  
(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)

Telefon kontaktowy .....

Numer PESEL.....Numer NIP.....

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

Obywatelstwo.....Narodowość .....

---

Dane członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego (małżonek, dzieci, wstępni pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym):

Imię i Nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Numer PESEL.....Numer NIP.....

Stopień pokrewieństwa.....

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.....

Stopień niepełnosprawności.....

Adres zamieszkania, (w przypadku jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego) .....

(województwo, powiat, gmina)

.....  
(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)

Imię i Nazwisko.....  
Data i miejsce urodzenia.....  
Numer PESEL.....Numer NIP.....  
Stopień pokrewieństwa.....  
Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.....  
Stopień niepełnosprawności.....  
Adres zamieszkania, (w przypadku jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego) .....  
(województwo, powiat, gmina)  
.....  
(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)

**Przystępuję do wojewódzkiego oddziału NFZ w .....**  
(właściwy dla miejsca zamieszkania)

.....  
miejscowość i data

.....  
czytelny podpis

**Oświadczam, że:**

1. ukończyłem/am 26 lat i nie posiadam innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym,
2. nie ukończyłem/am 26 lat, ale nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
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.

\* podkreślić właściwe

**Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Dziekana Wydziału .....SUM  
o zmianie danych zawartych w oświadczeniu oraz utracie prawa do objęcia ubezpieczeniem  
zdrowotnym w NFZ przez SUM.**

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis

---

## OŚWIADCZENIE REZYGNACJI

Oświadczam, że rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach – płatnika składek. Ostatnią składkę na ubezpieczenie zdrowotne proszę uiścić za miesiąc .....

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis

---