

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

UWAGA: WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, RĘCZNIE LUB ELEKTRONICZNIE

.....	
PESEL¹	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)			
	PESEL¹	imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa
.....			
2)			
	PESEL¹	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**

Narodowy Fundusz Zdrowia

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};
- 3) zamieszkuję na terytorium RP.

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 lub rodzinnego domu dziecka ⁴,
 - do ukończenia przez nie 18 lat ⁴,
 - do ukończenia przez nie 26 lat, jeżeli uczy się dalej w szkole lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej 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 Narodowego Funduszu Zdrowia o zmianach jakie nastąpią w trakcie trwania ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, iż moje dane osobowe zbierane przez Narodowy Fundusz Zdrowia reprezentowany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa

Dyrektor.....Oddziału Wojewódzkiego NFZ 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 2020 r. poz. 1398, 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