

Oświadczenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego
(przed wypełnieniem proszę zapoznać się z pouczeniem zamieszczonym na drugiej stronie)

A. DANE IDENTYFIKACYJNE I ADRES

Nazwisko	Pierwsze imię	Drugie imię
Nazwisko panińskie	Imię ojca	Imię matki
Data urodzenia (dzień – miesiąc – rok)	Miejsce urodzenia	PESEL
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta
Województwo	Telefon 1	Telefon 2

B. ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli inny niż podany powyżej)

Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta

C. OŚWIADCZENIE KANDYDATA (proszę zaznaczyć tylko jedno z oświadczeń)

C.1.	<input type="checkbox"/>	Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu jako ubezpieczony w Kasie Chorych i obowiązek ten jest wykonywany.
C.2.	<input type="checkbox"/>	Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu wyłącznie z tytułu pozostawania studentem.
C.3.	<input type="checkbox"/>	Pozostaję jako członek rodziny ubezpieczonego na jego (jej) wyłącznym utrzymaniu, a oświadczenie tej osoby zawarto w punkcie D.

D. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO (wypełnić wyłącznie w przypadku zaznaczenia punktu C.3.)

Imię i nazwisko ubezpieczonego	PESEL
Adres ubezpieczonego	
Oświadczam, że osoba wymieniona w punkcie A jako członek mojej rodziny jest na moim wyłącznym utrzymaniu.	
Data	Czytelny podpis ubezpieczonego

Oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuje się do poinformowania Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Bydgoszczy o każdej ich zmianie.

Data	Podpis kandydata
Data przyjęcia oświadczenia	Podpis pracownika

VERTE

Pouczenie

1. Oświadczenie w punkcie C.1. dotyczy osób, które nie pozostają na wyłącznym utrzymaniu członka rodziny, bez względu na wiek, o ile pozostaje ona ubezpieczona z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Oświadczenie w punkcie C.2. dotyczy osób, które nie pozostają na wyłącznym utrzymaniu członka rodziny, bez względu na wiek, o ile **nie** pozostaje ona ubezpieczona z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Oświadczenie w punkcie C.3. dotyczy osób, które nie ukończyły 26 roku życia i pozostają na wyłącznym utrzymaniu członka rodziny.
4. Oświadczenie w punkcie D. wypełniają osoby na utrzymaniu których pozostaje osoba składająca oświadczenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.
5. Za członka rodziny uważa się: małżonka, dzieci własne i przysposobione, wnuki, dzieci drugiego małżonka, dzieci przyjęte na wychowanie nawet w ramach rodziny zastępczej.
6. Podlegający obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu to: pracownicy; rolnicy; prowadzący działalność gospodarczą i członkowie ich rodzin; wykonujący pracę jako agenci lub zleceniobiorcy; członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych i SKR; duchowni; twórcy i ich rodziny; żołnierze; policjanci; funkcjonariusze: UOP, Straży Granicznej, Służby Więziennej, Straży Pożarnej; posłowie i senatorowie; emeryci lub renciści; bezrobotni; osoby pobierający: zasiłki przedemerytalne z urzędu pracy, zasiłek stały wyrównawczy, gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej; osoby korzystające z urlopu wychowawczego, które nie pozostają na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej.
7. Pola zaznaczone na szaro wypełniają pracownicy Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Bydgoszczy.