

.....
(Imię, i nazwisko)

.....
(miejsowość, data)

.....
(kierunek - rok – rodzaj studiów)

OŚWIADCZENIE

dla studenta i doktoranta do celów ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027 tj., z późn. zm.)

Część A

Ja niżej podpisany oświadczam, że (zaznaczyć właściwy punkt poniżej):

1. ukończyłem 26 lat i jestem osobą o jakiej mowa w art. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
2. nie ukończyłem 26 lat i jestem osobą o jakiej mowa w art. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie jestem zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez rodziców lub małżonka oraz nie pobieram renty rodzinnej
3. jestem osobą pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji (bez względu na wiek)
4. posiadam ważną Kartę Polaka (bez względu na wiek)

i nie podlegam

obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (wymienionego w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Oświadczam, że dane zawarte w części A kwestionariusza są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczam, że w przypadku powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego (jednego z wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.) oraz w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym powiadomię uczelnię o tym fakcie **w terminie 5 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.**

.....
(czytelny podpis studenta/doktoranta)

Część B

Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego członka /członków/ rodziny niepodlegającego obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu (jednego z wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.) oraz niezgłoszonego do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny:

| Lp. | Imię, nazwisko | stopień pokrewieństwa |
|-----|----------------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

- **Oświadczam, że dane zawarte w części B kwestionariusza są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**
- **Oświadczam, że w przypadku powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego (jednego z wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.) oraz w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym zgłoszonego członka /członków/ rodziny powiadomię uczelnię o tym fakcie **w terminie 5 dni** od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.**

.....
(czytelny podpis studenta/doktoranta)

UWAGA: wszystkie osoby, które w części A oświadczyły, iż nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z wymienionych tam tytułów, wypełniają i podpisują druk „ZUS-ZZA”. Wszystkie osoby, które w części B oświadczyły, iż zgłaszają do ubezpieczenia zdrowotnego członka /członków/ rodziny niepodlegających ubezpieczeniu z innego tytułu, wypełniają i podpisują również druk „ZUS-ZCNA”.