

WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM STUDENTA/DOKTORANTA

1. Nazwisko
2. Nazwisko rodowe
3. Imiona
4. Data urodzenia
5. PESEL
6. lub NIP (*tylko jeśli osoba posługuje się tym nr w ewidencji podatkowej*)
7. lub Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu*
8. Miejsce zameldowania: czy ten adres ma być do korespondencji? TAK NIE*
Ulica nr domu i mieszkania
- Kod pocztowy, miejscowość
- Gmina
- Powiat
- Województwo
9. Miejsce zamieszkania: czy ten adres ma być do korespondencji? TAK NIE*
Ulica nr domu i mieszkania
- Kod pocztowy, miejscowość
- Gmina
- Powiat
- Województwo
10. Numer telefonu
11. Adres e-mail
12. Obywatelstwo
13. Oddział NFZ
14. Oświadczam, że POSIADAM NIE POSIADAM* orzeczenie o ustalonym stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym, znacznym, wydawanym osobom do 16 roku życia lub grupę inwalidzką (jeśli tak to, którą.....)
15. Zamierzam zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny TAK NIE*
Nazwisko i imię
- Data urodzenia
- Stopień pokrewieństwa
- Stopień niepełnosprawności (patrz pkt. 14)
- Adres zamieszkania

- Nazwisko i imię
- Data urodzenia
- Stopień pokrewieństwa
- Stopień niepełnosprawności (patrz pkt. 14)
- Adres zamieszkania

16. Oświadczam, że*

- Ukończyłem/-am 26 lat i nie posiadam innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym,
- Nie ukończyłem/-am 26 lat, ale nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu i nie pozostaję na utrzymaniu rodziców,
- Jestem obywatelem kraju UE lub EFTA, ale nie posiadam obywatelstwa polskiego oraz innego tytułu do ubezpieczenia w kraju stałego zamieszkania i na terenie RP,
- Nie posiadam obywatelstwa UE lub EFTA, zostałem/-am uznany/-a za osobę polskiego pochodzenia w rozumieniu przepisów o repatriacji lub posiadam Kartę Polaka i nie podlegam na terenie RP ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
- Nie posiadam obywatelstwa UE lub EFTA, w tym obywatelstwa polskiego, nie zostałem/-am uznany/-a za osobę polskiego pochodzenia w rozumieniu przepisów o repatriacji i nie podlegam na terenie RP ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym

Upoważniam AWF w Poznaniu do podpisania w moim imieniu dokumentów o ubezpieczeniu zdrowotnym przekazywanych do ZUS

Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Działu Obsługi Studenta o zmianie danych zawartych we wniosku oraz utracie prawa do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 3 dni od daty zaistnienia zmian.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych:

- Zgodnie z art.6 ust.1 lit.a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rozpatrzenia wniosku o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym studenta/doktoranta.

Spełnienie obowiązku informacyjnego:

- Oświadczam, że wobec mnie Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu spełniła w formie tradycyjnej (papierowej - str. 3 wniosku) obowiązek informacyjny wynikający z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016).

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis składającego wniosek)

Wyrejestrowanie z ubezpieczenia następuje automatycznie w przypadku utraty statusu studenta (obrona, skreślenie z list studenckich).
Zgodnie z art. 67 ust. 5 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 roku Nr 164, poz. 1027) „Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, które ukończyły szkołę średnią lub wyższą, wygasa po upływie 4 miesięcy od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów lub studentów.”

Potwierdzenie Działu Obsługi Studenta:

W/w jest studentem
(rok) (kierunek) (tryb studiów S/N)

.....
(podpis pracownika Działu Obsługi Studenta)

Obowiązek informacyjny

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu z siedzibą: ul. Królowej Jadwigi 27/39, 61-871 Poznań.
- 2) Administrator danych osobowych powołał Administratora Bezpieczeństwa Informacji nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: abi@awf.poznan.pl.
- 3) Celem przetwarzania jest realizacja wniosku o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym studenta/doktoranta oraz podanych w pkt. 15 członków rodziny.
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będzie Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
- 5) Na podstawie obowiązujących regulacji prawnych Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz w oparciu o uzasadniony interes realizowany przez Administratora.
- 6) Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.
- 7) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 8) Podanie danych osobowych jest dobrowolne jednakże odmowa podania danych skutkować będzie odmową rozpatrzenia wniosku.