

**WZÓR**

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

**UWAGA: WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, DŁUGOPISEM LUB PIÓREM**

.....	.....
<b>PESEL</b>	<b>nr NIP</b>
.....	
<b>seria i numer dowodu osobistego lub paszportu</b>	
.....	
<b>wydany przez</b>	
.....	
<b>imię i nazwisko, obywatelstwo</b>	
.....	
<b>data urodzenia</b>	
.....	
<b>ulica, nr domu, nr mieszkania</b>	
.....	
<b>kod pocztowy, miejscowość</b>	
.....	
<b><u>Zgłaszani członkowie rodziny***</u></b>	
PESEL, imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa	

\* w przypadku cudzoziemców, którym nie nadano Nr PESEL należy wpisać numer i serię karty pobytu

\*\* w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL lub numeru NIP należy wpisać serię i numer dowodu osobistego

\*\*\* w przypadku potrzeby proszę rozszerzyć tabelę dotyczącą zgłaszanych członków rodziny

..... **Oddział**  
**Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia**  
z siedzibą w .....

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 podlegałam/łam ubezpieczeniu zdrowotnemu wynosi mniej niż 3 miesiące/  
wynosi ..... miesiące .

Deklaruję miesięczny dochód w kwocie .....zł,  
słownie:.....zł

Ponadto oświadczam, że zgłaszany przeze mnie członek rodziny:

- 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\*\*\*\*,
    - do ukończenia 18 lat\*\*\*\*,
    - do ukończenia 26 lat (z tytułu kształcenia)\*\*\*\*,
    - bez ograniczenia wieku, ponieważ posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi\*\*\*\*
  - b) małżonek\*\*\*\*,
  - c) krewny wstępny pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym\*\*\*\*.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach jakie nastąpią w trakcie trwania ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/am poinformowany/a o tym, iż moje dane osobowe zbierane przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia 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 2008 r. Nr 164, poz. 1027, 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

\*\*\* w przypadku potrzeby proszę rozszerzyć tabelę dotyczącą zgłaszanych członków rodziny

\*\*\*\* niepotrzebne skreślić