

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

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

PESEL *	nr NIP
seria i numer dowodu osobistego lub paszportu * *	
wydany przez	
imię i nazwisko, obywatelstwo	
data urodzenia	
ulica, nr domu, nr mieszkania	
kod pocztowy, miejscowość	
 <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 lub paszportu

\*\*\* 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 podlegałem/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 zostałem/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 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135), 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.*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis

\*\*\*\* niepotrzebne skreślić