**WNIOSEK O OBJĘCIE DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM**

**W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA**

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

**....................................................................... …………………………………………………………………………….**

**PESEL1 NIP**

**.........................................................................................................................................................**

**seria i numer dowodu osobistego lub paszportu**

**..........................................................................................................................................................**

**wydany przez**

**..........................................................................................................................................................**

**imię i nazwisko, obywatelstwo**

**..........................................................................................................................................................**

**data urodzenia**

**..........................................................................................................................................................**

**ulica, nr domu, nr mieszkania**

**....................................................................................................................................................**

**kod pocztowy, miejscowość**

**....................................................................................................................................................**

**telefon kontaktowy, adres poczty elektronicznej**

**Zgłaszani członkowie rodziny 2,3**

1. **………………………………… ………………………………………………………… …………………………………..**

**PESEL 1 imię i nazwisko stopień pokrewieństwa**

1. **………………………………… ………………………………………………………… …………………………………..**

**PESEL 1 imię i nazwisko stopień pokrewieństwa**

1. **………………………………… ………………………………………………………… …………………………………..**

**PESEL 1 imię i nazwisko stopień pokrewieństwa**

1. **………………………………… ………………………………………………………… …………………………………..**

**PESEL 1 imię i nazwisko stopień pokrewieństwa**

1. **………………………………… ………………………………………………………… …………………………………..**

**PESEL 1 imię i nazwisko stopień pokrewieństwa**

**Mazowiecki Oddział**

**Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia**

z siedzibą w Warszawie

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. 3, 4

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

słownie:....................................................................................................................................zł.

Ponadto oświadczam, że zgłaszany przeze mnie członek rodziny 3:

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 4,

- do ukończenia 18 lat 4,

- do ukończenia 26 lat, jeżeli uczy się dalej w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie 4,

- bez ograniczenia wieku, jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi 4,

b) małżonek 4,

c) wstępny pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym 4.

*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 Warszawie przy ul. Chałubińskiego 8, 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 2017 r. poz. 1938 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

**Objaśnienia:**

1 w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu

2  w przypadku potrzeby należy rozszerzyć część dotyczącą zgłaszanych członków rodziny

3  nie dotyczy osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1-4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

4  niepotrzebne skreślić