

**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

**Śląski Oddział Wojewódzki  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
z siedzibą w Katowicach**

Zwracam się z prośbą o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia od dnia .....  
(dzień) (miesiąc) (rok)

\* w przypadku cudzoziemców w polu 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

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 przez 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 Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Katowicach przy ul. Kosutha 13 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.*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis