

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

UWAGA: WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, RĘCZNIE LUB ELEKTRONICZNIE

.....

PESEL ¹	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
2) .....	.....	.....
PESEL ¹	imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa
3) .....	.....	.....
PESEL ¹	imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa
4) .....	.....	.....
PESEL ¹	imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa
5) .....	.....	.....
PESEL ¹	imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa

Narodowy Fundusz Zdrowia

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};
- 3) zamieszkuję na terytorium RP.

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

Ponadto oświadczam, że zgłaszany przeze mnie członek rodziny³:

- 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 lub rodzinnego domu dziecka⁴,
 - do ukończenia przez nie 18 lat⁴,
 - do ukończenia przez nie 26 lat, jeżeli uczy się dalej w szkole lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej⁴,
 - bez ograniczenia wieku, jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi⁴,
 - b) małżonek⁴,
 - c) wstępny pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym⁴.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Narodowego Funduszu Zdrowia o zmianach jakie nastąpią w trakcie trwania ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, iż moje dane osobowe zbierane przez Narodowy Fundusz Zdrowia reprezentowany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z siedzibą w Łodzi przy ul. Kopcińskiego 58, 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 2022 r. poz. 2561, 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