

**WZÓR**

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

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

..... PESEL<sup>1</sup> ..... 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<sup>2,3</sup>

1) .....  
PESEL<sup>1</sup> ..... imię i nazwisko ..... stopień pokrewieństwa .....

2) .....  
PESEL<sup>1</sup> ..... imię i nazwisko ..... stopień pokrewieństwa .....

- 3) .....  
**PESEL**<sup>1</sup> ..... **imię i nazwisko** ..... **stopień pokrewieństwa** .....
- 4) .....  
**PESEL**<sup>1</sup> ..... **imię i nazwisko** ..... **stopień pokrewieństwa** .....
- 5) .....  
**PESEL**<sup>1</sup> ..... **imię i nazwisko** ..... **stopień pokrewieństwa** .....

..... **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.<sup>3,4</sup>

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

Ponadto oświadczam, że zgłaszany przeze mnie członek rodziny<sup>3</sup>:

- 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<sup>4</sup>,
    - do ukończenia 18 lat<sup>4</sup>,
    - do ukończenia 26 lat, jeżeli uczy się dalej w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie<sup>4</sup>,
    - bez ograniczenia wieku, jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi<sup>4</sup>,
  - b) małżonek<sup>4</sup>,
  - c) wstępny pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym<sup>4</sup>.

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 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.

.....  
miejsowość, data,

.....  
podpis

**Objaśnienia:**

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

<sup>2</sup> w przypadku potrzeby należy rozszerzyć część dotyczącą zgłaszanych członków rodziny

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

<sup>4</sup> niepotrzebne skreślić