

Bydgoszcz, dnia

.....
(nazwisko)

.....
(imię)

.....
PESEL/Paszport (obcokrajowcy)

**ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
OŚWIADCZENIE DOKTORANTA SZKOŁY DOKTORSKIEJ UKW**

**Oświadczam, że od miesiąca20... roku
nie mam innego tytułu do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, w tym**

1. nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
2. nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,
3. nie jestem zatrudniony(-a) na umowę zlecenie,
4. nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
5. nie mam ustalonego prawa do renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
6. nie mam ustalonego prawa do renty z ubezpieczenia społecznego,
7. nie jestem zarejestrowany(-a) w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna,
8. nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
9. nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**W związku z powyższym od miesiąca 20... roku
proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego jako doktorant szkoły doktorskiej.**

.....
(czytelny podpis doktoranta składającego oświadczenie)

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego (Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) za składanie fałszywych zeznań.

**Zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Biura ds. Stopni UKW,
jeśli uzyskam inny tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego (lub uzyskają
go zgłoszeni przeze mnie do ubezpieczenia członkowie rodziny)
w terminie do 7 dni od daty powstania innego tytułu do ubezpieczenia.**

.....
(czytelny podpis doktoranta składającego oświadczenie)

Bydgoszcz, dnia roku

**OŚWIADCZENIE O ZMIANIE TYTUŁU DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
(WYREJESTROWANIE DOKTORANTA Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO)**

Oświadczam, że od **miesiąca** roku przysługuje mi ubezpieczenie zdrowotne z innego tytułu niż status doktoranta w szkole doktorskiej.

Oświadczam, że podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu jako:

- osoba zatrudniona na umowę o pracę
- rolnik lub domownik w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)
- osoba, która prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą
- członek rodziny (np. mąż, żona, dziecko do lat 26)
- osoba pracująca na umowę zlecenie w okresie od do
- inne (proszę wpisać jakie):

.....
W Polsce za ubezpieczenie zdrowotne odpowiada Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Ubezpieczenie zdrowotne obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej, m.in.: wizyty lekarskie, zabiegi i pobyt w szpitalu, refundację recept i niektórych środków leczniczych. Nie obejmuje wypłaty zasiłków chorobowych i macierzyńskich – te są finansowane z ubezpieczenia chorobowego.

Przyjmuję do wiadomości, że doktoranci niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu zostają zgłoszeni do ubezpieczenia z dniem złożenia oświadczenia o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

Doktoranci podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu, jeśli nie mają innego tytułu do tego ubezpieczenia (np. prowadzenie własnej działalności gospodarczej, umowa o pracę, zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny).

.....
imię i nazwisko

.....
podpis