

**Oświadczenie studenta
Wyższej Szkoły Nauk Społecznych z siedzibą w Lublinie
dotyczące zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego**

.....
(nazwisko i imię)

Lublin, dnia

.....
(rok i kierunek studiów stacjonarne, niestacjonarne*)

ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU:

.....
(województwo)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
PESEL

.....
NIP

I. Oświadczam, że:

- 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 społecznym,
- 3) nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie,
- 4) nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
- 5) nie pobieram stypendium sportowego,
- 6) nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
- 7) nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
- 8) nie jestem osobą bezrobotną,
- 9) nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- 10) 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.

.....
(czytelny podpis studenta składającego oświadczenie)

II. Oświadczam, że zgłaszani przeze mnie następujący członkowie mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, (jednego z wymienionych w pkt. I) ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

L.P	Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia

.....
(czytelny podpis studenta składającego oświadczenie)

III. Oświadczam, że w przypadku zaistnienia którejkolwiek okoliczności wymienionej w pkt. I, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

.....
(czytelny podpis studenta składającego oświadczenie)

IV. Oświadczam, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Uczelnię o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego tę zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

.....
(czytelny podpis studenta składającego oświadczenie)

*niepotrzebne skreślić

Załączniki (które dostarcza student):

1. Decyzja ZUS o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia rodziców.
2. Kserokopia dowodu osobistego.

UWAGA!

Zaświadczenie potwierdzające fakt opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne przez Wyższą Szkołę Nauk Społecznych z siedzibą w Lublinie wystawia Kwestura WSNS.