

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

**UWAGA: WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, RĘCZNIE LUB ELEKTRONICZNIE**

.....

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**

## 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<sup>3,4</sup>;
- 3) zamieszkuję na terytorium RP.

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 lub rodzinnego domu dziecka<sup>4</sup>,
    - do ukończenia przez nie 18 lat<sup>4</sup>,
    - do ukończenia przez nie 26 lat, jeżeli uczy się dalej w szkole lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej<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 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.....Oddziału Wojewódzkiego NFZ 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 2020 r. poz. 1398, 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.

.....  
miejsce, 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