

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nr albumu)

Wniosek - oświadczenie o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym doktoranta i niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu

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, od której jest opłacana składka zdrowotna;
4. nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego, renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej;
5. 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 (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.);
6. wnoszę o ubezpieczenie zdrowotne od dnia

Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Szkołę Doktorską Politechniki Koszalińskiej o zmianie danych osobowych, a także o powstaniu prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu w terminie do 5 dni od daty powstania ww. zmian, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

Informację o rezygnacji z ubezpieczenia należy zgłosić poprzez złożenie oświadczenia o rezygnacji.

dnia.....

.....
podpis składającego oświadczenie

UWAGA!

W przypadku utraty statusu doktoranta (ukończenie kształcenia, rezygnacja lub skreślenie z listy doktorantów) następuje automatyczne wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego.