

Toruń, dnia.....

**OŚWIADCZENIE DOKTORANTA O NIEPODLEGANIU OBOWIĄZKOWI UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO  
Z INNEGO TYTUŁU**

**DANE OSOBOWE:**

.....  
(nazwisko) (imię/imiona)

.....  
PESEL/Paszport(obcokrajowcy) Obywatelstwo (telefon kontaktowy)

.....  
(nazwa szkoły doktorskiej) (rozpoczęcie studiów dzień, m-c, rok) (planowany koniec studiów m-c ,rok)

**ADRES ZAMIESZKANIA:**

.....  
( kod pocztowy) ( miejscowość) (ulica, nr domu/nr mieszkania)

.....  
(gmina) ( powiat) ( województwo)

**ADRES DO KORESPONDENCJI ( GDY INNY NIŻ ZAMIESZKANIA):**

.....  
( kod pocztowy) ( miejscowość) (ulica, nr domu/nr mieszkania)

.....  
(gmina) ( powiat) ( województwo)

**1. OŚWIADCZENIE DLA CELÓW UEBZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

1.1 Właściwy Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia .....

1.2 Oświadczam, że **NIE MAM** ukończone 26 lat i **jestem** objęty/a ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu\*:

- stosunku pracy
- jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego opłacana jest składka (np. rodzica lub współmałżonka)
- umowy zlecenie
- pobierania świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego

- pobierania stypendium sportowego
- pobierania renty socjalnej, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej
- pobierania świadczeń alimentacyjnych
- posiadania statusu osoby bezrobotnej
- jako rolnik lub pracujący domownik rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników
- pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

1.3 Oświadczam, że **MAM** ukończone 26 lat i\*:

- nie jestem** objęty/a ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu
- jestem** objęty/a ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu\*:
  - stosunku pracy
  - jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę zdrowotną np. współmałżonek
  - umowy zlecenie
  - pobierania świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego
  - pobierania stypendium sportowego
  - pobierania renty socjalnej, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej
  - pobierania świadczeń alimentacyjnych
  - posiadania statusu osoby bezrobotnej
  - jako rolnik lub pracujący domownik rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników
  - pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

**DOTYCZY/NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić, jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)**

Oświadczam, że zgłaszani przeze mnie następujący członkowie mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu ( jednego z wymienionych w pkt. 1.3), ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

| L.p. | Nazwisko | Imię | PESEL | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia |
|------|----------|------|-------|-----------------------|----------------|
| 1.   |          |      |       |                       |                |
| 2.   |          |      |       |                       |                |
| 3.   |          |      |       |                       |                |
| 4.   |          |      |       |                       |                |

| L.p. | Adres zamieszkania |         |         |            |             | Niepełnosprawność (stopień)* | Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym |
|------|--------------------|---------|---------|------------|-------------|------------------------------|---|
|      | Ulica              | Nr domu | Nr lok. | Kod poczt. | Miejscowość |                              |   |
| 1.   |                    |         |         |            |             |                              |   |
| 2.   |                    |         |         |            |             |                              |   |
| 3.   |                    |         |         |            |             |                              |   |
| 4.   |                    |         |         |            |             |                              |   |

## 2. OŚWIADCZENIE DLA CELÓW UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO

**WNOSZĘ/NIE WNOSZĘ (niewłaściwe przekreślić)** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Oświadczam, że :

1. zapoznałem/am się z treścią zarządzenia Nr 139 Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika z dnia 1 września 2016 r. (Biuletyn Prawny UMK z 2016 r., poz. 316);
2. powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2020 r., poz. 1444 z późn. zm.) za składanie fałszywych zeznań;
3. w przypadku zaistnienia którejkolwiek okoliczności wymienionej w oświadczeniu, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię Uniwersytet o tym fakcie, w terminie 3 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu;
4. w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym powiadomię Uniwersytet o tym fakcie w terminie 3 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

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

\*właściwe zaznaczyć