



UNIWERSYTET VIZJA

WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM

UWAGA: WNIOSEK NALEŻY WYDRUKOWAĆ DWUSRONNIE I WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, DŁUGOPISEM LUB PIÓREM

.....	
PESEL	NIP
.....	
imię i nazwisko, obywatelstwo	
.....	
numer albumu, kierunek studiów	
.....	
data i miejsce urodzenia	
.....	
seria i numer dowodu osobistego (lub paszportu)	
.....	
adres stałego zamieszkania	
.....	
adres czasowego zamieszkania	
.....	
oddział Narodowego Funduszu Zdrowia	
.....	
czy posiadane jest orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?	
Jeżeli tak, należy przedłożyć kopię orzeczenia	

Dane członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego (małżonek, dzieci, wstępni pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym):

.....	
PESEL	NIP (w przypadku osoby dorosłej)
.....	
imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa	
.....	
data i miejsce urodzenia	
.....	
adres zamieszkania (w przypadku innego niż świadczeniobiorcy)	
.....	
czy posiadane jest orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?	
Jeżeli tak, należy przedłożyć kopię orzeczenia	

Zwracam się z prośbą o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym od dnia

.....
miejscowość, data

.....
podpis



UL. OKOPOWA 59
01-043 WARSZAWA

NIP 525-22-08-719
REGON 017280390

BANK GOSPODARSTWA KRAJOWEGO BGK
NR RACH. 10 1130 1017 0020 1508 9720 0001

WWW.VIZJA.PL



UNIWERSYTET VIZJA

OŚWIADCZENIE

Pouczony o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji na podstawie art. 233 § 1 kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że (właściwie zaznaczyć X):

☐ ukończyłem/am 26 lat i nie podlegam jako członek rodziny ubezpieczeniu zdrowotnemu ani nie posiadam innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym

☐ nie ukończyłem 26 roku życia nie utraciłem/am statusu członka rodziny, ale nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu (podać przyczynę).....

☐ zgłaszani przeze mnie do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie mojej rodziny nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnego z innego tytułu, ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny

W przypadku zmiany danych osobowych zawartych w formularzu lub powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Uczelni o tym fakcie w ciągu 7 dni od daty jego powstania.

.....
miejsowość, data

.....
podpis