Załączniki do zarządzenia Nr 150/2020/GPF

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 września 2020 r.

Załącznik nr 1

**WNIOSEK O OBJĘCIE DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM**

# W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA

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

**....................................................................... …………………………………………………………………………….**

**PESEL1 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 2,3**

1. **………………………………… ………………………………………………………… …………………………………..**

**PESEL 1 imię i nazwisko stopień pokrewieństwa**

1. **………………………………… ………………………………………………………… …………………………………..**

**PESEL 1 imię i nazwisko stopień pokrewieństwa**

1. **………………………………… ………………………………………………………… …………………………………..**

**PESEL 1 imię i nazwisko stopień pokrewieństwa**

1. **………………………………… ………………………………………………………… …………………………………..**

**PESEL 1 imię i nazwisko stopień pokrewieństwa**

1. **………………………………… ………………………………………………………… …………………………………..**

# PESEL 1 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 3, 4;
3. zamieszkuję na terytorium RP.

Deklaruję miesięczny dochód w kwocie ....................................................................................zł, słownie:....................................................................................................................................zł.

Ponadto oświadczam, że zgłaszany przeze mnie członek rodziny 3: 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 4,

* + do ukończenia przez nie 18 lat 4,
  + do ukończenia przez nie 26 lat, jeżeli uczy się dalej w szkole lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej 4,
  + bez ograniczenia wieku, jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi 4, b) małżonek 4,

c) wstępny pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym 4.

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 Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z siedzibą w Lublinie przy ul. Szkolnej 16, 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 2021 r. poz. 1285 ze 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.

................................................... ................................................... miejscowość, data, podpis

**Objaśnienia:**

1 w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL należy wpisać serię i numer dowodu

osobistego lub paszportu

2 w przypadku potrzeby należy rozszerzyć część dotyczącą zgłaszanych członków rodziny

3 nie dotyczy osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1-4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

4 niepotrzebne skreślić

Appendix 1 to the Order of the President of the National Health Fund No. 150/2020/GPF dated 29 September 2020

**APPLICATION FOR VOLUNTARY HEALTH INSURANCE IN THE NATIONAL HEALTH FUND**

**NOTE: THE APPLICATION FORM SHOULD BE FILLED IN**

**WITH A BALLPOINT OR OTHER PEN IN CAPITAL LETTERS**

|  |
| --- |
| **........................................................................ .......................................................................**  **PESEL1 *[National Identification Number]* NIP *[Tax Identification Number]***    **...................................................................................................................................................**  **Series and number of Identity Card or Passport**    **...................................................................................................................................................**  **Issued by**  **...................................................................................................................................................**  **Full name and nationality**  **...................................................................................................................................................**  **Date of birth**  **..................................................................................................................................................**  **Street, house No., flat No.**  **...................................................................................................................................................**  **Postal code, Town/City**  **………………………………………………………………………………………………...**  **Contact telephone number, e-mail address**    **Family members to be covered by the insurance2,3**   1. **…………………… …………………………………… ………………………………….**   **PESEL, Full name, degree of kinship**   1. **…………………… …………………………………… ………………………………….**   **PESEL, Full name, degree of kinship**   1. **…………………… …………………………………… ………………………………….**   **PESEL, Full name, degree of kinship**   1. **…………………… …………………………………… ………………………………….**   **PESEL, Full name, degree of kinship**   1. **…………………… …………………………………… ………………………………….**   **PESEL, Full name, degree of kinship** |

**National Health Fund**

I kindly request that you include me in the voluntary health insurance scheme in the National Health Fund from ......................................................................................................

(day) (month) (year)

I hereby declare that:

1. I am not included in any compulsory health insurance scheme;
2. the period in which I have not been included in any health insurance scheme has been less than 3 months/ has been ................. months3,4.
3. I live in the teritory of Poland

I hereby declare that my monthly income is PLN ......................................., in words: ................................................................................................

I further declare that the family members to be covered by the insurace3: 1) are not included in any compulsory health insurance scheme; 2) are eligible because they are:

a) my own child, child of the other spouse, adopted child, grandchild or an unrelated child over whom I have custody, or a foster child4,

− aged less than 18,4

− aged less than 26 (if they are students at schools, teacher training institutions, universities or research units in which doctoral studies are run),4

− to whom no age restrictions apply because they have been issued a certificate confirming a significant degree of disability, or other equivalent certificate,4 b) my spouse4,

c) my ascendant living together with me in the same household4.

I hereby declare that the information contained above is consistent with the legal status and accurately reflects the actual situation. I also undertake to immediately notify the Fund of any change in the provided information which occurs during the insurance period. Furthermore, I declare that I have been informed that my personal details collected by President of the National Health Fund on behalf of Director the Regional Branch of the National Health Fund with its registered office at ul. Szkolna 16 in Lublin may be processed for the purposes arising from art. 188 of the Act of 27 August 2004 on healthcare services financed from public funds (Dz. U. *[Journal of Laws]* of 2022, item 2561, as amended), as well as about the legal duty to provide such details, about the right to access and correct them and that these details will be made available for parties that are authorised to receive them under applicable law.

*..................................................... ..........................................*

Town/City, Date Signature

**Instructions:**

1. If you have not been assigned your PESEL number, please enter the series and number of your Identity Card or passport.

2. If necessary, please extend the table to list all family members to be covered by the insurance.

3. Does not apply to persons referred to in art. 3 sec. 2 points 1-4 of the Act on healthcare services financed from public funds.

4. Delete as appropriate.