# **OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW DO OBJĘCIA DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA**

**Imię i nazwisko** ………………………………………………………………………………………………………………………..

**Adres zamieszkania** ………………………………………………………………………………………………………………....

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PESEL**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **w przypadku braku PESEL**  **data urodzenia**.…………………………………..………  **paszport** seria i numer dokumentu  …………………………………………..…………..……..…… |

# **OŚWIADCZAM, ŻE**

* nie jestem objęty/a ubezpieczeniem zdrowotnym w żadnym z krajów Unii Europejskiej, Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), oraz w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej
* nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu jako członek rodziny osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym w żadnym z ww. krajów
* nie jestem pracownikiem [[1]](#footnote-1) i nie prowadzę działalności gospodarczej w żadnym z ww. krajów
* nie pobieram świadczenia emerytalnego/rentowego w żadnym z ww. krajów
* nie pobieram świadczenia emerytalnego/rentowego w żadnym z krajów spoza Unii Europejskiej i Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), ani ze Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej
* nie mieszkam za granicą

………………………………………………… …………………………………………………………………..

miejscowość, data czytelny podpis

1. Nie dotyczy studentów do 26 roku życia, którzy pracują na umowę zlecenia, agencyjną lub inną umowę o świadczenie usług [↑](#footnote-ref-1)