# **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

*- English version on the back -*

**DECLARATION ON MEETING THE CONDITIONS FOR ELIGIBILITY TO BE COVERED BY VOLUNTARY HEALTH INSURANCE AT NATIONAL HEALTH FUND**

First and last name: ……………………………………………………………………………………………………………………..

Address of residence ……………………………………………………………………………………………………………....

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PESEL (Polish national identification number):**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **if the individual does not have a PESEL**  date of birth ………………………………..………  **passport** series and number  …………………………………………..…………..……..…… |

****I HEREBY DECLARE THAT

* I am not covered by health insurance in any EU or EFTA country or in United Kingdom of Great Britain and Nothern Ireland
* I am not subject to health insurance as a family member of a person with a health insurance coverage in any of the aforementioned countries
* I am not an employee[[2]](#footnote-2) and do not conduct business activities in any of the aforementioned countries
* I do not receive retirement/pension benefits in any of the aforementioned countries
* I do not receive retirement/pension benefits in any non-EU or non-EFTA countries, or from the United Kingdom of Great Britain and Nothern Ireland
* I do not live abroad

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

Place, date legible signature

*- Wersja w języku polskim na odwrocie -*

1. Nie dotyczy studentów do 26 roku życia, którzy pracują na umowę zlecenia, agencyjną lub inną umowę o świadczenie usług [↑](#footnote-ref-1)
2. Does not apply to students up to 26 years of age who work under a contract of mandate, agency contract or other contract for the provision of services [↑](#footnote-ref-2)