

**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 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

.....

miejsowość, data

.....

czytelny podpis

¹ Nie dotyczy studentów do 26 roku życia, którzy pracują na umowę zlecenia, agencyjną lub inną umowę o świadczenie usług