

WNIOSEK O ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY
 STUDENTA **DOKTORANTA**
POLITECHNIKI KRAKOWSKIEJ IM. TADEUSZA KOŚCIUSZKI DLA CELÓW
UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Dane studenta doktoranta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym

Organ zgłaszający: Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki	
Wydział	
Nazwisko	Imię/imiona
Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	
PESEL	Seria i nr <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu*

Dane członków rodziny (małżonek/małżonka, dzieci) zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego (w przypadku zgłaszania większej liczby osób, tabelę należy skopiować).

Nazwisko	Imię/imiona	Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd/mm/rrrr)
Data urodzenia (dd/mm/rrrr)		Stopień pokrewieństwa/powinowactwa**
Seria i nr <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu*		PESEL
Stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Tak podkreślić właściwe: lekki, umiarkowany, znaczny <input type="checkbox"/> Nie		Członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Adres zamieszkania (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego studenta/doktoranta – kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu).		
Nr telefonu do kontaktu		

* dotyczy obcokrajowców

** małżonek/małżonka, dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka, wnuk lub dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, matka, ojciec, macocha, ojczym.

OŚWIADCZENIE

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 § Kodeksu Karnego*), odpowiedzialności na podstawie art. 286 Kodeksu Karnego** oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej, **oświadczam, że:**

- 1) Zgłaszani przeze mnie do ubezpieczenia członkowie mojej rodziny nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.
- 2) W przypadku powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego zgłoszonego przeze mnie członka/członków rodziny powiadomię właściwy dziekanat w ciągu 7 dni od daty zaistnienia tego faktu, składając pisemne oświadczenie o rezygnacji z dalszego obejmowania członka/członków rodziny moim ubezpieczeniem zdrowotnym (Wzór nr 3 do Zasad i trybu zgłaszania studentów i doktorantów Politechniki Krakowskiej do ubezpieczenia zdrowotnego).
- 3) W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny powiadomię właściwy dziekanat niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia tego faktu.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis składającego oświadczenie)

ADNOTACJE DZIEKANATU

data wpływu wniosku:

podpis pracownika dziekanatu:

*Art. 233 § 1: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

**Art. 286: „Kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.