**WNIOSEK**

**O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA – CZŁONKÓW RODZINY UBEZPIECZONEGO STUDENTA/DOKTORANTA**

|  |
| --- |
| **Dane studenta/doktoranta zgłoszonego przez UR do ubezpieczenia zdrowotnego** |
| **STUDIA ….. stopnia, stacjonarne/niestacjonarne (…-letnie)** |
| Nazwisko i Imię (imiona): |
| Wydział: |
| Kierunek: |
| Rok studiów: | Nr albumu: |
| Adres e-mail: | Nr tel. |
| **Dane członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego (UZUPEŁNIA STUDENT/DOKTORANT)** |
| **Nazwisko i imię:** |
| Data i miejsce urodzenia: | PESEL: |
| **Stopień pokrewieństwa:** |
| **Stopień niepełnosprawności:** |
| **Adres zamieszkania:** *(w przypadku innego niż świadczeniobiorcy)* |
| **Nazwisko i imię:** |
| Data i miejsce urodzenia: | PESEL: |
| **Stopień pokrewieństwa:** |
| **Stopień niepełnosprawności:** |
| **Adres zamieszkania:** *(w przypadku innego niż świadczeniobiorcy)* |
| **Nazwisko i imię:** |
| Data i miejsce urodzenia: | PESEL: |
| **Stopień pokrewieństwa:** |
| **Stopień niepełnosprawności:** |
| **Adres zamieszkania***: (w przypadku innego niż świadczeniobiorcy)* |

**OŚWIADCZENIA**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 286 § 1 Kodeksu karnego - oraz o odpowiedzialności dyscyplinarnej, o której mowa w art. 307 ust. 1 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce:

1. **Oświadczam, że ww. członek mojej rodziny nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu** tj.: jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka, nie pozostaje w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzi działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym, nie jest zatrudniony na umowę zlecenie, nie pobiera świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego, nie pobiera stypendium sportowego, nie pobiera renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej, nie jest zarejestrowany/a jako osoba bezrobotna, nie jest rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych,
2. **Zobowiązuję się do powiadomienia Uczelni o:**
3. zmianie w ww. danych osobowych,
4. powstaniu prawa do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny z innego tytułu,

**w terminie do 5 dni od daty powstania w/w zmian**

1. **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym**.
2. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez UR danych** zawartych we wniosku oraz ich przekazanie do Narodowego Funduszu Zdrowia.

*Rzeszów, dnia ………………………… czytelny podpis osoby składającej oświadczenie………………………………………………………………….*

*Data wpływu (pieczęć i podpis osoby upoważnionej) nr rejestru*

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Rzeszowski, al. Rejtana 16 C, 35-959 Rzeszów, reprezentowany przez Rektora,
2. Administrator Danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się poprzez adres email: iod@ur.edu.pl, pisemnie na adres siedziby Administratora lub telefonicznie tel.: +48 17 872 34 39, +48 17 872 36 46,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia na podstawie ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2024, poz. 146, j.t.),
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie zgody wyrażonej na mocy art. 6 ust. 1 lit. a ww. Rozporządzenia, w celu związanym z ubieganiem się o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia na podstawie ww. ustawy,
5. Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji celu, do jakiego zostały zebrane i może skutkować brakiem możliwości rozpoznania wniosku.
6. Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
7. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
8. Posiada Pani/Pan prawo do: żądania dostępu do treści swoich danych osobowych, do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,
9. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzasadnione jest, że Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są przez Administratora Danych niezgodnie z ww. Rozporządzeniem.