

Zgłoszenie o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym

od.....
(dzień, miesiąc, rok)

Imię i Nazwisko

Imię drugie.....

Data i miejsce urodzenia

Nazwisko rodowe.....

Adres zameldowania stałego.....
(województwo, powiat, gmina)

.....
(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)

Telefon kontaktowy

Numer PESEL.....Numer NIP.....Numer albumu.....

Stopień kształceniaforma studiów.....

Kierunek.....rok

Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu..... Obywatelstwo.....

Narodowość Numer umowy w NFZ
(wypełniają cudzoziemcy)

Narodowy Fundusz Zdrowia w
(właściwy dla miejsca zamieszkania)

Oświadczam, że*:

1. ukończyłem/am 26 lat i nie posiadam innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym
2. nie ukończyłem/am 26 lat, ale nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu
3. nie posiadam obywatelstwa UE lub EFTA, zostałem/am uznany/a za osobę polskiego pochodzenia w rozumieniu przepisów o repatriacji i nie podlegam na terenie RP ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu
4. nie mam (mam)*ustalonego prawa do emerytury lub renty
5. posiadam (nie posiadam)* orzeczenie o niepełnosprawności
6. jestem/nie jestem zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę
okres obowiązywania umowy o pracę od dnia do dnia
7. wykonuję/nie wykonuję*) umowę zlecenia
okres obowiązywania umowy zlecenia – od dnia do dnia

* niepotrzebne skreślić

Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Działu Spraw Studenckich Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach o zmianie danych zawartych w oświadczeniu oraz utracie prawa do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Akademię Muzyczną im. Karola Szymanowskiego w Katowicach.

.....
miejsowość i data

.....
podpis studenta

Informuje się, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach, ul. Zacisze 3, 40-025 Katowice, tel. 32 7792100/e-mail tokstudiow@am.katowice.pl.
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych : e-mail: iod_abi@am.katowice.pl
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu zgłoszenia Pan/i do ubezpieczenia zdrowotnego
4. Dane osobowe przetwarzane są w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), tj. wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
5. Twoje dane osobowe możemy przekazywać do ZUS, NFZ, a także organom lub podmiotom publicznym uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, a także podmiotom współpracującym z Akademią, na podstawie stosownej umowy.
6. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych osobowych lub usunięcia, jeżeli zezwalają na to przepisy prawa,
 - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
7. Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe w teczce akt osobowych studenta w archiwum Akademii przez okres 50 lat.
8. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Wypełnia Dział Spraw Studenckich:

Proszę o ubezpieczenie od.....

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć Kierownika Działu Spraw Studenckich

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UBEZPIECZENIA

Oświadczam, że z dniem..... rezygnuję z objęcia mnie
ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Akademię Muzyczną im. Karola
Szymanowskiego w Katowicach z powodu:

.....

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis studenta