

.....
(Nazwisko i imię studenta)

.....
(numer albumu)

.....
(kierunek, stopień, rok studiów)

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKA RODZINY

Składam wniosek o zgłoszenie do ubezpieczenia członków rodziny:

I

Imię i nazwisko

Stopień pokrewieństwa (dziecko, małżonek, itp.)

Data urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL:

NIP:

Czy osoba pozostaje ze studentem we wspólnym gospodarstwie domowym –TAK/NIE*

Stopień niepełnosprawności

Zgłoszenie od dnia.....

II

Imię i nazwisko

Stopień pokrewieństwa (dziecko, małżonek, itp.)

Data urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL:

NIP:

Czy osoba pozostaje z studentem we wspólnym gospodarstwie domowym –TAK/NIE*

Stopień niepełnosprawności

Zgłoszenie od dnia

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.

.....
(data i podpis studenta)

.....
(*) – niepotrzebne skreślić

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 tokstudiov@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. 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