

## ZARZĄDZENIE NR 84

### Rektora Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego w Szczecinie z dnia 17 października 2019 r.

**w sprawie zasad i trybu zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego studentów, uczestników studiów doktoranckich oraz do ubezpieczenia zdrowotnego i społecznego doktorantów Szkoły Doktorskiej w Zachodniopomorskim Uniwersytecie Technologicznym w Szczecinie**

W związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 300) zarządza się, co następuje:

#### § 1.

##### Przepisy ogólne

1. Postanowienia niniejszego zarządzenia regulują sprawy związane z ubezpieczeniem zdrowotnym studentów, uczestników studiów doktoranckich i doktorantów Szkoły Doktorskiej w Zachodniopomorskim Uniwersytecie Technologicznym w Szczecinie oraz związane z ubezpieczeniem społecznym doktorantów Szkoły Doktorskiej, tj. tryb postępowania, zakres obowiązków studentów, uczestników studiów doktoranckich, doktorantów Szkoły Doktorskiej i poszczególnych jednostek administracji.
2. Uczelnia ma obowiązek zgłoszenia studenta, uczestnika studiów doktoranckich i doktoranta Szkoły Doktorskiej do ubezpieczenia zdrowotnego i opłacania za niego składek, jeżeli student, uczestnik studiów doktoranckich lub doktorant Szkoły Doktorskiej nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu niż odbywanie kształcenia w ZUT ani nie posiada statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej.
  - 1) Innym tytułem powodującym objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym jest:
    - a) zatrudnienie na podstawie umowy o pracę, mianowania lub powołania,
    - b) prowadzenie działalności gospodarczej,
    - c) wykonywanie pracy na podstawie umowy zlecenia – w przypadku studentów po ukończeniu 26 lat,
    - d) inne wymienione w Informacji o ubezpieczeniu zdrowotnym studentów, uczestników studiów doktoranckich, doktorantów szkoły doktorskiej, stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.
  - 2) Za członka rodziny w rozumieniu ustawy, dla potrzeb studentów, uczestników studiów doktoranckich oraz doktorantów Szkoły Doktorskiej ZUT, uważa się:
    - a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
    - b) małżonka.
3. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego powstaje:
  - a) dla studenta – z dniem złożenia oświadczenia o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, nie wcześniej jednak niż z dniem rozpoczęcia pierwszego semestru kształcenia,
  - b) dla uczestnika studiów doktoranckich – z dniem złożenia oświadczenia o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, nie wcześniej jednak niż z dniem rozpoczęcia studiów,
  - c) dla doktoranta szkoły doktorskiej – z dniem złożenia oświadczenia o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, nie wcześniej jednak niż z dniem rozpoczęcia kształcenia.

Wzór Oświadczenia studenta/uczestnika studiów doktoranckich dla celów ubezpieczenia zdrowotnego stanowi załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia.

Doktorant Szkoły Doktorskiej składa odpowiednie oświadczenie w Ankiecie zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego, która stanowi załącznik nr 5 do niniejszego zarządzenia.

4. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku doktorantów Szkoły Doktorskiej, również ubezpieczenia społecznego, wygasa:
  - a) dla studenta – z dniem ukończenia studiów albo skreślenia z listy studentów,
  - b) dla uczestnika studiów doktoranckich z dniem:
    - zakończenia przebiegu studiów doktoranckich,
    - skreślenia z listy uczestników studiów doktoranckich,
  - c) dla doktoranta Szkoły Doktorskiej z dniem:
    - ukończenia kształcenia w Szkole Doktorskiej, tj. z dniem złożenia rozprawy doktorskiej,
    - skreślenia z listy doktorantów Szkoły Doktorskiej.
5. Za prawdziwość danych podanych w Oświadczeniu lub Ankiecie, o których mowa w ust. 3, student, uczestnik studiów doktoranckich oraz doktorant Szkoły Doktorskiej ponosi pełną odpowiedzialność, zarówno karną jak i wynikającą z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych i ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Cudzoziemiec, który jest studentem, uczestnikiem studiów doktoranckich, może być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Informacji na ten temat udziela Dział Wynagrodzeń.
6. Cudzoziemiec, który jest studentem, uczestnikiem studiów doktoranckich, może być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Informacji na ten temat udziela Dział Wynagrodzeń.
7. Cudzoziemiec, który jest doktorantem Szkoły Doktorskiej w ZUT, może być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym lub społecznym. Informacji na ten temat udziela Dział Kadr.
8. Zobowiązuje się wszystkich studentów, uczestników studiów doktoranckich oraz doktorantów Szkoły Doktorskiej do bezzwłocznego składania w dziekanacie/Szkole Doktorskiej informacji o wszelkich zmianach swojej sytuacji prawnej, mogącej mieć wpływ na powstanie lub wygaśnięcie obowiązku Uczelni w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego studenta, uczestnika studiów doktoranckich i doktoranta Szkoły Doktorskiej oraz ubezpieczenia społecznego doktoranta Szkoły Doktorskiej, w szczególności dotyczy to zawieranych umów o pracę i umów zlecenia po ukończeniu 26 roku życia.
9. Zobowiązuje się kierowników dziekanatu/dyrektora Szkoły Doktorskiej do informowania studentów, uczestników studiów doktoranckich oraz doktorantów Szkoły Doktorskiej o obowiązku, o którym mowa w ust. 8.
10. Zobowiązuje się dziekanaty/Szkołę Doktorską do zapoznania wszystkich studentów, uczestników studiów doktoranckich oraz doktorantów Szkoły Doktorskiej z postanowieniami niniejszego zarządzenia.

## § 2.

### **Studenci, uczestnicy studiów doktoranckich**

Ustala się następujący tryb postępowania w sprawach ubezpieczenia zdrowotnego studentów, uczestników studiów doktoranckich:

- 1) student pierwszego roku studiów (dotyczy również studentów przenoszących się do ZUT z innej uczelni) przy odbiorze legitymacji w dziekanacie wydziału prowadzącego kierunek, będący dla studenta kierunkiem podstawowym, odbiera jednocześnie dokument pn. Informacja o ubezpieczeniu zdrowotnym studentów/uczestników studiów doktoranckich. Dokument ten stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia. Student, uczestnik studiów doktoranckich, obowiązany jest potwierdzić odbiór tego dokumentu własnoręcznym podpisem.
- 2) student, uczestnik studiów doktoranckich, który spełnia warunki do zgłoszenia jego osoby do ubezpieczenia zdrowotnego przez Uczelnię, pobiera w dziekanacie dokumenty pn. Oświadczenie studenta/uczestnika studiów doktoranckich ZUT zgłaszanego do ubezpieczenia zdrowotnego przez Uczelnię oraz Ankietę do Oświadczenia będącą integralną częścią

Oświadczenia i zawierającą dane osobowe potrzebne do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Po wypełnieniu tych dokumentów student i uczestnik studiów doktoranckich przedkłada je w dziekanacie. Dziekanat dokonuje sprawdzenia poprawności danych studenta i uczestnika studiów doktoranckich zamieszczonych w Ankiecie oraz potwierdza status studenta i uczestnika studiów doktoranckich, a także podaje datę obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego powstałego z dniem złożenia oświadczenia o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, nie wcześniejszą jednak niż z dniem rozpoczęcia pierwszego semestru studiów/kształcenia. Po uzyskaniu odpowiednich zapisów dokonanych przez dziekanat, student, uczestnik studiów doktoranckich niezwłocznie przekazuje Oświadczenie studenta/uczestnika studiów doktoranckich ZUT zgłaszanego do ubezpieczenia zdrowotnego przez Uczelnię i Ankietę do Oświadczenia do Działu Wynagrodzeń i następnie tam podpisuje dokument zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Jeżeli student, uczestnik studiów doktoranckich upoważnił ZUT w Oświadczeniu do podpisania w jego imieniu dokumentu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego wówczas dziekanat przekazuje jego Oświadczenie i Ankietę do Działu Wynagrodzeń.

- 3) tryb postępowania dotyczy osób podejmujących naukę w ZUT i osób będących w trakcie nauki, u których powstają przesłanki do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego przez Uczelnię.
- 4) po dokonaniu zgłoszenia doktoranta do ubezpieczenia zdrowotnego, Dział Wynagrodzeń wystawia potwierdzenie zgłoszenia do ubezpieczenia i przekazuje elektronicznie w programie PŁATNIK do ZUS.
- 5) Dział Wynagrodzeń sporządza raporty imienne o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne na odpowiednich drukach i na tej podstawie ujmuje kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne w deklaracji miesięcznej i w przelewie do ZUS.
- 6) Dział Wynagrodzeń w terminie do dnia 15 każdego miesiąca sporządza wykaz studentów i uczestników studiów doktoranckich zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego, za których opłacono składki za miesiąc poprzedzający, według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 i przekazuje go właściwym wydziałom.
- 7) dziekanaty w kolumnie 4 wykazu, o którym mowa w pkt 6, zamieszczają informacje o uprawnieniach do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszanych przez ZUT w danym miesiącu i przekazują za potwierdzeniem odbioru w terminie do dnia 25 każdego miesiąca do Działu Wynagrodzeń.
- 8) za niedopełnienie obowiązków, o których mowa w pkt 7, odpowiedzialność ponosi kierownik dziekanatu.

### § 3.

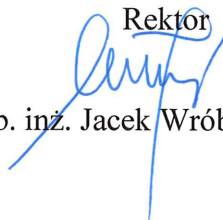
#### **Doktoranci Szkoły Doktorskiej**

1. Doktoranci Szkoły Doktorskiej w okresie otrzymywania stypendium doktoranckiego podlegają obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym, rentowym i wypadkowym na zasadach określonych ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.
2. Doktorant objęty obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym, rentowym i wypadkowym podlega na swój wniosek dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.
3. Uczelnia ma obowiązek zgłoszenia doktoranta Szkoły Doktorskiej do ubezpieczenia społecznego i rozliczenia składek do ZUS.
4. Doktorant Szkoły Doktorskiej rozpoczynający kształcenie odbiera w Szkole Doktorskiej dokument pn. Informacja o ubezpieczeniu zdrowotnym studentów/uczestników studiów doktoranckich/doktorantów szkoły doktorskiej (załącznik nr 1) oraz wypełnia Ankietę zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego (załącznik nr 4) w ciągu trzech dni od rozpoczęcia roku akademickiego. Doktorant obowiązany jest potwierdzić odbiór tego dokumentu własnoręcznym podpisem. Szkoła Doktorska przekazuje Ankietę do Działu Kadr celem zgłoszenia doktoranta Szkoły Doktorskiej do ubezpieczeń w ZUS.

5. Tryb postępowania dotyczy osób podejmujących naukę w ZUT i osób będących w trakcie nauki, u których powstają przesłanki do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i do ubezpieczenia społecznego przez Uczelnię.
6. Dział Kadr wystawia doktorantowi potwierdzenie zgłoszenia do ubezpieczenia.
7. Dział Wynagrodzeń sporządza raporty imienne o należnych składkach na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne na odpowiednich drukach i na tej podstawie ujmuje kwotę składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne w deklaracji miesięcznej i w przelewie do ZUS.
8. Dział Kadr niezwłocznie informuje Szkołę Doktorską o otrzymaniu zwolnienia lekarskiego doktoranta.
9. W przypadku zawieszenia kształcenia na wniosek doktoranta Szkoły Doktorskiej, na okres odpowiadający czasowi trwania urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego oraz urlopu rodzicielskiego, określonych w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy, do ustalenia wysokości stypendium doktoranckiego stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące ustalania zasiłku macierzyńskiego, z tym że przez podstawę wymiaru zasiłku rozumie się wysokość miesięcznego stypendium doktoranckiego, przysługującego w dniu złożenia wniosku o zawieszenie. Pracownik Szkoły Doktorskiej niezwłocznie przekazuje do Działu Kadr decyzję dyrektora Szkoły Doktorskiej o zawieszeniu przez doktoranta kształcenia wraz z dokumentami załączonymi do wniosku.

#### § 4.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od 1 października 2019 r.

Rektor  
  
dr hab. inż. Jacek Wróbel, prof. ZUT

## **INFORMACJA O UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM STUDENTÓW, UCZESTNIKÓW STUDIÓW DOKTORANCKICH I DOKTORANTÓW SZKOŁY DOKTORSKIEJ**

Studenci, uczestnicy studiów doktoranckich i doktoranci Szkoły Doktorskiej mogą podlegać ubezpieczeniu zdrowotnemu z różnych tytułów. **Większość studentów podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu posiadania statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej.** Student, uczestnik studiów doktoranckich oraz doktorant Szkoły Doktorskiej jest członkiem rodziny osoby ubezpieczonej, jeżeli dla tej osoby jest:

- dzieckiem własnym, dzieckiem małżonka, dzieckiem przysposobionym, wnukiem albo dzieckiem obcym, dla którego ustanowiono opiekę, albo dzieckiem obcym w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- małżonkiem.

**Jeżeli więc student, uczestnik studiów doktoranckich lub doktorant Szkoły Doktorskiej mieści się w podanym wyżej zakresie – nie podlega zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego przez Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, ponieważ to ubezpieczony członek rodziny, np. rodzic, małżonek zgłasza go do ubezpieczenia zdrowotnego. Podobnie jest w przypadku gdy student, uczestnik studiów doktoranckich lub doktorant Szkoły Doktorskiej podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu na podstawie innego tytułu.** Inny tytuł ubezpieczenia zdrowotnego występuje, gdy student, uczestnik studiów doktoranckich lub doktorant Szkoły Doktorskiej, w szczególności:

- jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę, mianowania lub powołania,
- jest rolnikiem lub jego domownikiem,
- jest osobą prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą lub osobą z nią współpracującą,
- wykonuje pracę nakładczą,
- jest objęty ubezpieczeniem społecznym z tytułu umowy zlecenia, umowy agencyjnej – w przypadku studentów po ukończeniu 26 lat,
- jest członkiem rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub spółdzielni kółek rolniczych lub członkiem ich rodzin,
- pobiera świadczenia socjalne wypłacane w okresie urlopu lub zasiłek socjalny wypłacony na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia,
- odbywa zastępczą służbę wojskową, jest: żołnierzem zawodowym, funkcjonariuszem Policji, funkcjonariuszem UOP, funkcjonariuszem Straży Granicznej, funkcjonariuszem Państwowej Straży Pożarnej lub funkcjonariuszem Służby Więziennej,
- pobiera rentę,
- pobiera stypendium sportowe,
- jest bezrobotnym, osobą pobierającą rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej,
- jest duchownym,
- przebywa na urlopie wychowawczym i nie pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu.

**Jeżeli student, uczestnik studiów doktoranckich lub doktorant Szkoły Doktorskiej nie jest członkiem rodziny osoby ubezpieczonej (rozumianym tak jak opisano to we wstępie niniejszej Informacji...) ani nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, to Uczelnia ma obowiązek zgłosić go do ubezpieczenia zdrowotnego.**

Student, uczestnik studiów doktoranckich lub doktorant Szkoły Doktorskiej, **tylko wtedy** gdy nie został zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny osoby ubezpieczonej ani z innego tytułu, **zgłasza się do Dziekanatu/Szkoły Doktorskiej i** - jeżeli nie upoważnił ZUT do podpisania w jego imieniu określonych dokumentów - **następnie do Działu Wynagrodzeń celem dopełnienia formalności** niezbędnych do zgłoszenia go przez Uczelnię do ubezpieczenia zdrowotnego/ w przypadku doktorantów szkoły doktorskiej do Działu Kadr celem dopełnienia niezbędnych formalności do zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.

**OŚWIADCZENIE**  
**STUDENTA / UCZESTNIKA STUDIÓW DOKTORANCKICH \* ZUT**  
**DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**Ja,** .....  
*imiona i nazwisko osoby składającej oświadczenie*

1. **Oświadczam, że nie jestem członkiem rodziny osoby ubezpieczonej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych raz nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.**
2. **Zobowiązuję się do bezzwłocznego składania w dziekanacie/szkole doktorskiej informacji o wszelkich zmianach swojej sytuacji prawnej, mającej wpływ na powstanie lub wygaśnięcie obowiązku Uczelni w zakresie zgłoszenia mnie do ubezpieczenia zdrowotnego.**
3. **Upoważniam/nie upoważniam\*) Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny do podpisania w moim imieniu dokumentu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego lub dokumentu wyrejestrowania.**

.....  
*data*

.....  
*podpis osoby składającej oświadczenie*

Objaśnienia:

Student/ uczestnik studiów doktoranckich/ doktorant szkoły doktorskiej jest **członkiem rodziny** osoby ubezpieczonej, jeżeli dla tej osoby jest:

- dzieckiem własnym, dzieckiem małżonka, dzieckiem przysposobionym, wnukiem albo dzieckiem obcym, dla którego ustanowiono opiekę, albo dzieckiem obcym w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- małżonkiem.

**Inny tytuł ubezpieczenia zdrowotnego** może wystąpić, gdy student/ uczestnik studiów doktoranckich/ doktorant szkoły doktorskiej:

- jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę, mianowania lub powołania,
- jest rolnikiem lub jego domownikiem,
- jest osobą prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą lub osobą z nią współpracującą,
- wykonuje pracę nakładczą,
- jest objęty ubezpieczeniem społecznym z tytułu umowy zlecenia, umowy agencyjnej – w przypadku studentów po ukończeniu 26 lat,
- jest członkiem rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub spółdzielni kółek rolniczych lub członkiem ich rodzin,
- pobiera świadczenia socjalne wypłacane w okresie urlopu lub zasiłek socjalny wypłacony na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia,
- odbywa zastępczą służbę wojskową, jest: żołnierzem zawodowym, funkcjonariuszem Policji, funkcjonariuszem UOP, funkcjonariuszem Straży Granicznej, funkcjonariuszem Państwowej Straży Pożarnej lub funkcjonariuszem Służby Więziennej,
- pobiera rentę,
- pobiera stypendium sportowe,
- jest bezrobotnym, osobą pobierającą rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej,
- jest duchownym,
- przebywa na urlopie wychowawczym i nie pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu.

\*) odpowiednio podkreślić

**ANKIETA DO OŚWIADCZENIA STUDENTA/UCZESTNIKA STUDIÓW  
DOKTORANCKICH**

1. Nazwisko .....
2. Imię pierwsze ..... 3. Imię drugie .....
4. Obywatelstwo ..... 5. Data urodzenia: dzień ..... miesiąc ..... rok .....
6. Dowód osobisty: seria ..... nr .....
7. PESEL ..... 8. NIP ..... - ..... - .....
9. Nazwisko panięńskie: .....
10. Wydział ..... 11. Rodzaj studiów *S1,S2, N1, N2,S3, N3* \*)
12. Kierunek studiów/dyscyplina naukowa .....
13. Rok studiów: .....
15. Jestem osobą niepełnosprawną w stopniu .....
16. Na moim wyłącznym utrzymaniu pozostaje .....
17. Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu: *kod poczt.* ..... *miejsowość* .....
- ulica* ..... *nr domu* ..... *nr lokalu*..... *Gmina* .....
- nr telefonu (podać także nr kierunkowy)* .....
18. Adres zamieszkania (wpisać, jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu):  
*kod poczt.* ..... *miejsowość* .....
- ulica* ..... *nr domu* ..... *nr lokalu*..... *Gmina* .....
- nr telefonu (podać także nr kierunkowy)* .....
19. Adres do korespondencji (wpisać, jeżeli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu i adres zamieszkania): *kod poczt.* ..... *miejsowość* .....
- ulica* ..... *nr domu* ..... *nr lokalu*..... *Gmina* .....
- nr telefonu (podać także nr kierunkowy)* .....
20. Wskazanie Oddziału Wojewódzkiego Funduszu Zdrowia właściwego ze względu na miejsce zamieszkania .....

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszej ankiecie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

.....  
(data)

.....  
podpis składającego oświadczenie

Potwierdzam status studenta/ uczestnika studiów doktoranckich \*)  
data immatrykulacji/ przyjęcia na studia doktoranckie \*) .....

Jednostka organizacyjna obciążona kosztami ubezpieczenia .....

.....  
(data)

.....  
podpis pracownika dziekanatu

Data złożenia oświadczenia w Dziale Wynagrodzeń .....

.....  
*podpis pracownika Działu Wynagrodzeń*

---

**Uwagi dla wypełniających:**

**Objaśnienia:** *S1 – stacjonarne pierwszego stopnia, N1 – niestacjonarne pierwszego stopnia, S2 – stacjonarne drugiego stopnia, N2 – niestacjonarne drugiego stopnia, S3- stacjonarne trzeciego stopnia, N3 – niestacjonarne trzeciego stopnia;*

*\*) Właściwe podkreślić*





Szczecin, dnia ..... r.

**ANKIETA**  
**DO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO I ZDROWOTNEGO – ZGŁOSZENIE /**  
**WYREJESTROWANIE \***  
**DOKTORANTA SZKOŁY DOKTORSKIEJ**

Nazwisko .....

Imiona 1 ..... 2 .....

Nazwisko rodowe .....

PESEL .....

Seria i nr dowodu osobistego\*\* ..... data wydania .....

Adres stałego zameldowania .....

Telefon .....

---

**DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

- 1) Mam ustalone prawo do renty z ZUS / stopień niepełnosprawności / niezdolność do pracy \*.....  
(podać jaki stopień)
  
- 2) Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia .....
  
- 3) Adres zamieszkania / do korespondencji .....
  
- 4) **Oświadczam, że jestem / nie jestem\* członkiem rodziny osoby ubezpieczonej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz podlegam /nie podlegam\* ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.**
  
- 5) **Zobowiązuję się do bezzwłocznego składania w szkole doktorskiej informacji o wszelkich zmianach swojej sytuacji prawnej, mającej wpływ na powstanie lub wygaśnięcie obowiązku Uczelni w zakresie zgłoszenia mnie do ubezpieczenia zdrowotnego.**

.....  
data i podpis doktoranta

---

**Zwracam się z wnioskiem o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu kształcenia w Szkole Doktorskiej.**

.....  
data i podpis doktoranta

-----

1) Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny (członkowie rodziny ubezpieczonego pozostający na wyłącznym utrzymaniu: dzieci do lat 18, a jeśli kontynuują naukę - do lat 26\*\*, małżonek, krewni wstępni pozostający we wspólnym gospodarstwie i nie objęci obowiązkiem ubezpieczenia):

- nazwisko i imię .....
- data urodzenia .....PESEL .....
- NIP ..... seria i nr dowodu osobistego .....
- stopień pokrewieństwa .....
- czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną TAK / NIE \*
- adres zamieszkania .....
- czy jest osobą niepełnosprawną TAK / NIE\*
- data zgłoszenia członka rodziny .....

2) Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny:

- nazwisko i imię .....
- tytuł wyrejestrowania .....
- data wyrejestrowania .....

.....  
data i podpis doktoranta

\* odpowiednie podkreślić

\*\* wypełnić w przypadku braku nr PESEL

\*\*\* oświadczenie wypełnić odpowiednio