……..…… ……..…….…… ……..……
Nazwisko Imię pierwsze Imię drugie

……..… ……
Nazwisko rodowe Obywatelstwo

PESEL …….. NIP ……

DOWÓD OSOBISTY SERIA …… NUMER ……..

……...
adres stałego pobytu : kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu

……...
adres pobytu czasowego (wymagany wpis w dowodzie osobistym) lub adres do korespondencji wpisać jeśli jest inny niż adres stałego pobytu

Osoba uprawniona do renty od …….. do ……..….

Posiadany stopień niepełnosprawności: brak, lekki, umiarkowany, znaczny*

Oddział NFZ ……

……...
rok studiów, wydział, kierunek, rodzaj (stacjonarne, niestacjonarne)

*odpowiednie zaznaczyć

KWESTIONARIUSZ
DLA STUDENTA GDAŃSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ NAUK STOSOWANYCH ZGŁASZANEGO DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO PRZEZ GAMNS

CZĘŚĆ A

Ja, niżej podpisany student Gdańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych oświadczam, że:

(wybrać właściwy punkt, pozostałe skreślić)

a) jestem obywatelem polskim zamieszkującym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i ukończyłem 26 lat, lub

b) jestem obywatelem polskim zamieszkującym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, nie ukończyłem 26 lat i nie posiadam rodziny lub osób prawnych zobowiązanych do utrzymywania mnie, lub

c) jestem cudzoziemcem przebywającym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie karty stałego pobytu lub karty czasowego pobytu wydanej mi w związku z udzieleniem statusu uchodźcy

nie podlegam

I. obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu pozostawania na wyłącznym utrzymaniu współmałżonka , rodziców, opiekunów podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego,

II. obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tytułów wymienionych w art. 8 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, zgodnie z którym obowiązkowi takiemu podlegają:

1) osoby objęte ubezpieczeniem społecznym lub ubezpieczeniem społecznym rolników, które są:
   a) pracownikami,
   b) rolnikami lub ich domownikami,
   c) osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność lub osobami z nimi współpracującymi,
   d) osobami wykonującymi pracę nakładczą,

e) osobami wykonującymi pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub osobami z nimi współpracującymi,
f) osobami duchownymi,
g) członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych, spółdzielni kółek rolniczych lub członkami ich rodzin,
h) osobami pobierającymi świadczenia socjalne wypłacane w okresie urlopu lub zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, wynikające z odrębnych przepisów lub z układów zbiorowych pracy,

2) żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający służbę okresową lub nadterminową zasadniczą służbę wojskową,
3) policjanci,
4) funkcjonariusze Urzędu Ochrony Państwa,
5) funkcjonariusze Straży Granicznej,
5a) funkcjonariusze Służby Celnej,
6) funkcjonariusze Służby Więziennej,
7) funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej,
8) posłowie i senatorowie,
9) sędziowie i prokuratorzy,
10) osoby pobierające emeryturę lub rentę z wyjątkiem osób, o których mowa w art. 7 pkt. 21a, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie rodzinne oraz osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby,
11) dzieci, uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty, nie pozostający na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu,
12) studenci i słuchacze studiów doktoranckich, nie pozostający na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu,
13) słuchacze Krajowej Rady Administracji Publicznej,
14) osoby pobierające stypendium sportowe po ukończeniu 15 roku życia, nie objęte ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu,
15) bezrobotni,
16) osoby pobierające rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej,
17) kombatanci nie podlegający ubezpieczeniu społecznemu w Rzeczypospolitej Polskiej lub nie pobierający emerytury lub renty,
18) osoby korzystające z urlopu wychowawczego, nie pozostające na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu,
19) rolnicy i ich domownicy, którzy nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, jeżeli nie są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie pkt. 1-19.

CZĘŚĆ B

Oświadczam, że na moim wyłącznym utrzymaniu pozostają niżej wymienieni członkowie rodziny podlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego:

1. …….
nazwisko i imiona stopień pokrewieństwa pesel nip

…….
adres stałego miejsca pobytu

2. …….
nazwisko i imiona stopień pokrewieństwa pesel nip

…….
adres stałego miejsca pobytu

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy bądź zatajenie prawdy.

……..
data podpis studenta