

**ZARZĄDZENIE NR 2/13**  
**REKTORA-KOMENDANTA SZKOŁY GŁÓWNEJ SŁUŻBY POŻARNICZEJ**

z dnia 15 lutego 2013 r.

**w sprawie ustalenia procedury zgłaszania studentów do ubezpieczenia zdrowotnego**

Na podstawie art. 66 ust. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572) oraz § 31 ust. 4 Statutu Szkoły Głównej Służby Pożarniczej zatwierdzonego decyzją Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 28 maja 2012 r., nr DRiOL-OL-0763-1/2012 w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

**§ 1.**

Wprowadza się Regulamin zgłaszania studentów Szkoły Głównej Służby Pożarniczej do ubezpieczenia zdrowotnego, w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszego zarządzenia.

**§ 2.**

1. Zobowiązuje się kierowników podstawowych jednostek organizacyjnych Szkoły Głównej Służby Pożarniczej do wdrożenia i przestrzegania postanowień Regulaminu, o którym mowa w § 1, w tym do wskazania pracowników dziekanatu odpowiedzialnych za informowanie studentów, będących osobami cywilnymi o obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego oraz do umieszczenia informacji na stronie internetowej Szkoły Głównej Służby Pożarniczej o obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego studentów, ze wskazaniem przepisów prawa powszechnie obowiązującego, z których obowiązek ten wynika.
2. Nadzór nad wykonaniem niniejszego zarządzenia powierza się Prorektorowi ds. naukowo-dydaktycznych i studenckich.

**§ 3.**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

REKTOR-KOMENDANT  
nadbryg. Ryszard DĄBROWA

## **Załącznik**

do zarządzenia nr 2./13

Rektora-Komendanta SGSP

z dnia 11. lutego 2013 r.

# **REGULAMIN ZGŁASZANIA STUDENTÓW SZKOŁY GŁÓWNEJ SŁUŻBY POŻARNICZEJ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

## **Rozdział 1**

### **Postanowienia ogólne**

#### **§ 1.**

1. Regulamin określa warunki i procedury dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego studentów cywilnych Szkoły Głównej Służby Pożarniczej, zwanych dalej Studentami, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), zwaną dalej Ustawą.
2. Postanowienia niniejszego Regulaminu nie mają zastosowania do strażaków w służbie kandydackiej, którzy podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego jako funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej.
3. Studenci podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu i nie mają statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej.
4. Studenci objęci ubezpieczeniem zdrowotnym mają prawo do korzystania bezpłatnie ze świadczeń opieki zdrowotnej w placówkach, które zawarły umowę na udzielanie tych świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia.

#### **§ 2.**

Procedurę zgłaszania Studentów do ubezpieczenia zdrowotnego realizują pracownicy dziekanatu wskazani odpowiednio przez dziekana Wydziału Inżynierii Bezpieczeństwa Pożarowego oraz Wydziału Inżynierii Bezpieczeństwa Cywilnego.

## **Rozdział 2**

### **Ubezpieczenie zdrowotne Studentów będących obywatelami RP**

#### **§ 3.**

1. Szkoła Główna Służby Pożarniczej, zwana dalej „SGSP” zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Studentów, którzy nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego

- z innego tytułu i nie zostali objęci ubezpieczeniem zdrowotnym jako członkowie rodziny osoby ubezpieczonej.
2. Student podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny osoby ubezpieczonej:
    - 1) do ukończenia 26 lat – obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego spoczywa na rodzicach bądź opiekunach prawnych;
    - 2) bez ograniczenia wieku, jeśli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego spoczywa na rodzicach bądź opiekunach prawnych;
    - 3) bez ograniczenia wieku, jeśli małżonek podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu – obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego spoczywa na małżonku.
  3. Student podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu gdy:
    - 1) pozostaje w stosunku pracy, stosunku służbowym, prowadzi działalność gospodarczą objętą ubezpieczeniem zdrowotnym;
    - 2) jest zatrudniony na podstawie umowy zlecenia;
    - 3) pobiera świadczenia emerytalno-rentowe z ubezpieczenia społecznego;
    - 4) pobiera stypendium sportowe;
    - 5) pobiera rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej;
    - 6) jest uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych;
    - 7) jest zarejestrowany w Rejonowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna;
    - 8) jest rolnikiem lub pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników;
    - 9) jest ubezpieczony jako Student innego kierunku studiów SGSP lub innej uczelni;

#### § 4.

1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego Studenta, niepodlegającego obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, powstaje z dniem immatrykulacji na studia, po złożeniu we właściwym dziekanacie wniosku o ubezpieczenie zdrowotne w NFZ wraz z oświadczeniem o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, którego wzór określa załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
2. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego Studenta, o którym mowa w ust. 1 ustaje z dniem ukończenia studiów lub skreślenia z listy studentów.
3. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej Studenta wygasa po upływie 4 miesięcy od zakończenia studiów lub skreślenia z listy studentów.
4. Pracownik dziekanatu obsługujący dany rodzaj studiów jest zobowiązany do przyjęcia od Studenta oświadczenia o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu i przekazania do Działu Płac.

## §5.

1. Student ma obowiązek zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego pod warunkiem nieposiadania przez nich innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego. W celu zgłoszenia członka rodziny należy złożyć we właściwym dziekanacie wydziału SGSP wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ członka rodziny, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
2. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej członków rodziny zgłoszonych przez Studenta do ubezpieczenia zdrowotnego ustaje po upływie 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego Studenta, który zgłosił członków rodziny do ubezpieczenia.

## Rozdział 3

### Ubezpieczenie zdrowotne Studentów obcokrajowców

## §6.

1. Student posiadający obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) uprawniony jest do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego lub - jeżeli nie posiada tytułu do ubezpieczenia w kraju zamieszkania zgłaszany jest do ubezpieczenia przez Uczelnię na zasadach obowiązujących studentów posiadających obywatelstwo polskie.
2. Student niebędący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), uznany za osobę pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji na podstawie decyzji konsula może ubezpieczyć się dobrowolnie zawierając umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Składki na ubezpieczenie zdrowotne opłaca SGSP po wypełnieniu przez niego wniosku o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ.
3. Student niebędący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) nieposiadający udokumentowanego pochodzenia polskiego, może ubezpieczyć się dobrowolnie zawierając umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.
4. Umowa zawierana jest na podstawie pisemnego wniosku oraz zaświadczenia potwierdzającego status studenta i paszportu. Student, który zawrze umowę i terminowo opłaca składki ma prawo do pełnego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej na terenie Polski w placówkach, które zawarły umowę na świadczenie opieki medycznej z Narodowym Funduszem Zdrowia. W ciągu 7 dni od dnia podpisania umowy Student zobowiązany jest zarejestrować ją w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych składając druk ZUS ZZA. Składkę z tytułu umowy należy wpłacać każdego miesiąca na konto wskazane przez ZUS, najpóźniej do 10 dnia następnego miesiąca. Umowa zawierana jest na czas

nieokreślony.

5. Rozwiązanie umowy, o której mowa w ust. 4 następuje na podstawie pisemnego wypowiedzenia lub po miesiącu zaległości w opłacaniu składek bądź powstaniu tytułu do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, np. zawarcie umowy o pracę.
6. Dokumentem potwierdzającym objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym jest egzemplarz umowy oraz odcinek opłaty składki za ostatni miesiąc.

#### Rozdział 4

### Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego

#### § 7.

1. Student, który ma być zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez SGSP jest zobowiązany przedłożyć we właściwym dziekanacie następujące dokumenty oraz dane:
  - 1) Student posiadający obywatelstwo polskie:
    - a) wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wraz z oświadczeniem o niepodleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
    - b) dowód osobisty,
    - c) legitymację studencką;
  - 2) Student obcokrajowiec: obywatel państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA):
    - a) wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wraz z oświadczeniem o niepodleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
    - b) paszport,
    - c) legitymację studencką,
    - d) numer PESEL, a w przypadku gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu
  - 3) student obcokrajowiec posiadający udokumentowane pochodzenie polskie:
    - a) wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wraz z oświadczeniem o niepodleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
    - b) paszport,
    - c) dokument potwierdzający polskie pochodzenie,
    - d) legitymację studencką,
    - e) umowa z NFZ o dobrowolnym ubezpieczeniu,
    - f) dokument poświadczający zameldowanie na terenie RP,
    - g) numer PESEL (jeżeli został nadany), a w przypadku gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu;
  - 4) Student zgłaszający do ubezpieczenia członków rodziny:
    - a) wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2
    - b) numer PESEL zgłaszanej osoby, a w przypadku gdy ubezpieczonemu nie nadano

- numeru PESEL - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu,
  - c) odpis aktu urodzenia (w przypadku zgłaszania dziecka),
  - d) odpis aktu małżeństwa (w przypadku zgłaszania małżonka),
  - e) nr i serię dowodu osobistego (w przypadku zgłaszania małżonka, w przypadku zgłaszania dziecka, jeżeli posiada),
  - f) nr paszportu zgłaszanej osoby (w przypadku obcokrajowców).
2. Dowodem ubezpieczenia zdrowotnego Studenta zgłoszonego przez Uczelnię jest dokument ZUS ZZA - wystawiany przez pracownika Działu Płac SGSP ważny razem z legitymacją studencką.
  3. W przypadku, jeżeli osobiste zgłoszenie się do ubezpieczenia Studenta nie jest możliwe, zgłoszenia może dokonać osoba upoważniona na podstawie upoważnienia, stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.
  4. Student zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez SGSP jest zobowiązany poinformować o zmianie danych zawartych we wniosku. Informację tę należy przekazać pracownikowi właściwego dziekanatu, niezwłocznie po zaistnieniu zmiany.

## Rozdział 5

### Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego

#### § 8.

1. Wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby, które:
  - 1) ukończyły studia inżynierskie lub magisterskie,
  - 2) zostały skreślone z listy studentów,
  - 3) utraciły status studenta na skutek pisemnej rezygnacji ze studiów,
  - 4) podjęły pracę (na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia),
  - 5) współmałżonek podjął pracę (na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia).
2. Potwierdzeniem wyrejestrowanie Studenta z ubezpieczenia zdrowotnego jest dokument ZUS ZWUA.
3. W przypadku zaistnienia okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 4 i 5 ubezpieczony przez SGSP Student ma obowiązek powiadomić o powyższym niezwłocznie pracownika właściwego dziekanatu, składając osobiście lub za pośrednictwem poczty pisemną rezygnację z ubezpieczenia według wzoru określonego w załączniku nr 4.
4. Osoba, w stosunku do której wygasł tytuł do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, podlega wyrejestrowaniu z tego tytułu wraz z członkami rodziny.
5. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, która zgłosiła do Funduszu członków rodziny, jest obowiązana poinformować podmiot właściwy do dokonania wyrejestrowania (SGSP) o okolicznościach powodujących konieczność ich wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.
6. Wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego dokonuje podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia, po otrzymaniu informacji od pracownika właściwego dziekanatu o zaistnieniu okoliczności, o których mowa w ust.1.

Rozdział 6  
**Postanowienia końcowe**

**§ 9.**

1. Wyznaczony przez dziekana pracownik dziekanatu zajmujący się sprawami ubezpieczenia zdrowotnego studentów zobowiązany jest prowadzić rejestr osób zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego przez SGSP, według wzoru określonego w załączniku nr 5.
2. Przypadki nieuwzględnione w niniejszym Regulaminie będą rozpatrywane zgodnie z Ustawą.

**Załącznik nr 1**

do Regulaminu zgłaszania studentów SGSP do ubezpieczenia zdrowotnego

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !

**WNIOSEK STUDENTA O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ**

Wydział:			
Nr albumu:			
Nazwisko:			
Imiona:			
Data urodzenia:		Obywatelstwo:	
Adres stałego zameldowania		Kod pocztowy:	
Miejscowość:			
Ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
Gmina:	Województwo:	Państwo:	
Adres czasowego zameldowania		Kod pocztowy:	
Miejscowość:			
Ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
Gmina:	Województwo:	Państwo:	
<i>Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż zameldowania)</i>		Kod pocztowy:	
Miejscowość:			
Ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
Gmina:	Województwo:	Państwo:	
PESEL:		Seria i nr dowodu/paszportu <sup>1</sup> :	
Oddział Wojewódzki NFZ:			

Na podstawie Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 1997 Nr 133 poz. 883 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez SGSP danych zawartych we wniosku oraz na ich przekazanie do Narodowego Funduszu Zdrowia i świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

*(data)**(czytelny podpis składającego wniosek)***DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE !**



## OŚWIADCZENIE

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 § 1<sup>2</sup>, art. 286<sup>3</sup> Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny; Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej, oświadczam, że:

1. Utraciłem/am status osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego innego tytułu, a w szczególności:
  - nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
  - nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,
  - nie jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenia,
  - nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
  - nie pobieram stypendium sportowego,
  - nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
  - nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
  - nie jestem zarejestrowany/a/ w Rejonowym Urzędzie Pracy, jako osoba bezrobotna,
  - nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
  - nie jestem ubezpieczony jako Student innego kierunku studiów w SGSP lub innej uczelni.
2. W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię pisemnie pracownika właściwego dziekanatu w trybie natychmiastowym o powstaniu zmiany lub uzyskaniu dokumentu potwierdzającego zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.
3. Niezwłocznie poinformuję pracownika właściwego dziekanatu o:
  - podjęciu pracy (na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia),
  - podjęciu pracy przez współmałżonka (na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia),

*(miejscowość i data)*

*(czytelny podpis składającego oświadczenie)*

*DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE*

---

<sup>2</sup>Art. 233 § 1: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”

<sup>3</sup>Art. 286: „Kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsięwziętego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

## Załącznik nr 2

do Regulaminu zgłaszania studentów SGSP do ubezpieczenia zdrowotnego

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !

### WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NFZ CZŁONKA RODZINY STUDENTA UBEZPIECZONEGO PRZEZ SGSP

Dane studenta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym przez SGSP:

Wydział:	
Rok studiów:	Nr albumu:
Nazwisko:	Imię:
Data urodzenia:	Obywatelstwo:
PESEL:	
Seria i nr / dowodu osobistego / paszportu*:	

Dane członków rodziny (małżonek, dzieci) zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:	Stopień pokrewieństwa:
PESEL:	Seria i nr dowodu osobistego / paszportu*:	
Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:	Stopień pokrewieństwa:
PESEL:	Seria i nr dowodu osobistego / paszportu*:	
Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:	Stopień pokrewieństwa:
PESEL:	Seria i nr dowodu osobistego / paszportu*:	

\* w przypadku obcokrajowców

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 § 1<sup>4</sup>, art. 286<sup>5</sup> Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny; Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej, oświadczam, że:

1. zgłaszani przeze mnie do ubezpieczenia członkowie mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.
2. w przypadku powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby, bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny, powiadomię niezwłocznie właściwy dziekanat, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.
3. w przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię właściwy dziekanat w trybie natychmiastowym o powstaniu zmiany lub uzyskaniu dokumentu potwierdzającego zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

(miejscowość i data)

(czytelny podpis składającego wniosek)

<sup>4</sup>Art. 233 § 1: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”

<sup>5</sup>Art. 286: „Kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsięwziętego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

### Załącznik nr 3

do Regulaminu zgłaszania Studentów SGSP do ubezpieczenia zdrowotnego

(miejsowość; data)

(imię i nazwisko osoby udzielającej upoważnienia)

(PESEL)

(seria i numer dowodu osobistego / paszportu\*)

(adres stałego zameldowania / zameldowania czasowego\*)

(nr telefonu do kontaktu)

### UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany/podpisana upoważniam Pana/Panią .....,  
legitymującego(a) się dowodem osobistym / paszportem (w przypadku obcokrajowców) o  
numerze ....., nr PESEL ....., do złożenia w moim imieniu  
wniosku o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wraz z oświadczeniem o niepodleganiu  
ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu oraz odbioru dokumentu zgłoszenia do  
ubezpieczenia zdrowotnego (ZUS ZZA).

(czytelny podpis osoby udzielającej upoważnienia)

\* dot. obcokrajowców

**Załącznik nr 4**

do Regulaminu zgłaszania studentów SGSP do ubezpieczenia zdrowotnego

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !

**REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

I. Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonego Studenta.

Dane ubezpieczonego:

Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:
PESEL:	Seria i nr dowodu osobistego / paszportu*:

Oświadczam, że z dniem ..... rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez SGSP z powodu:

- uzyskania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego:

.....

- podjęcia pracy (na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia),
- podjęcia pracy przez współmałżonka (na podstawie umowy o pracę/umowy zlecenia).

*(data)**(czytelny podpis)*

II. Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny ubezpieczonego Studenta

Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:
PESEL:	Seria i nr dowodu osobistego / paszportu*:

Dane członka rodziny podlegającego wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwisko i Imię:	Data urodzenia:	PESEL::
Seria i nr dowodu osobistego / paszportu*	Stopień pokrewieństwa:	

Oświadczam, że z dniem ..... ww. członek mojej rodziny uzyskał inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego w związku z czym zgłaszam jego rezygnację z ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ przez SGSP.

.....  
*(data, miejscowość)*.....  
*(podpis, imię i nazwisko)*

\*w przypadku obcokrajowców

Załącznik nr 5  
do Regulaminu zgłaszania studentów SGSP do ubezpieczenia zdrowotnego

Rejestr Studentów zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego  
Wydział .....

Lp	Nazwisko	Imię	student	obcokrajowiec (T / N)	czas trwania studiów	forma studiów	Zarejestrowano	Wyrejestrowano	Przyczyna wyrejestrowania	Uwagi
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										