

Zasady i tryb zgłaszania studentów i doktorantów Politechniki Krakowskiej do ubezpieczenia zdrowotnego

§ 1

Osoby uprawnione i termin obowiązywania ubezpieczenia zdrowotnego

1. Uczelnia zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta, który:
 - 1) jest obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej oraz ukończył 26 lat i nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny osoby ubezpieczonej ani obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, albo
 - 2) jest obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej oraz nie ukończył 26 lat i z wyjątkowych powodów nie został zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez rodziców lub opiekunów prawnych, nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny osoby ubezpieczonej ani obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, albo
 - 3) jest obcokrajowcem, który nie posiada obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) i został uznany za osobę polskiego pochodzenia w rozumieniu przepisów o repatriacji lub posiada ważną Kartę Polaka oraz nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, albo
 - 4) jest obcokrajowcem, który posiada obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) i nie posiada tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego we własny kraj.
2. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta powstaje z dniem złożenia ślubowania i złożenia przez studenta/doktoranta we właściwym dziekanacie wniosku o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wraz z oświadczeniem o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.
3. Obowiązek zgłoszenia przez uczelnię do ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta powinien zostać wykonany w ciągu 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia. Zgłoszenie złożone przez uczelnię po upływie terminu 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia studenta/doktoranta będzie zgłoszeniem studenta/doktoranta dokonany po terminie.
4. Student/doktorant podlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej po zgłoszeniu go do ubezpieczenia zdrowotnego.
5. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta wygasa z dniem ukończenia studiów/kształcenia w Szkole Doktorskiej albo skreślenia z listy studentów/uczestników studiów doktoranckich/uczestników Szkoły Doktorskiej, albo z dniem uzyskania przez studenta/doktoranta innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego. Student/doktorant zgłoszony do ubezpieczenia przez Politechnikę Krakowską, który uzyskał inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, zobowiązany jest powiadomić o tym fakcie uczelnię w sposób określony w § 3.
6. Student/doktorant będący obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej 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 w dziekanacie wydziału wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym członka rodziny ubezpieczonego. Zgłoszenie do ubezpieczenia powinno nastąpić w ciągu 7 dni liczonych od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia.
7. Zgłoszeni członkowie rodziny studenta/doktoranta uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia ich przez Politechnikę Krakowską do ubezpieczenia zdrowotnego.
8. Pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego:
 - 1) prawo do świadczeń opieki zdrowotnej studenta/doktoranta wygasa po upływie 4 miesięcy od dnia ukończenia studiów wyższych/doktoranckich/Szkoły Doktorskiej

- albo skreślenia z listy studentów/uczestników studiów doktoranckich/uczestników Szkoły Doktorskiej,
- 2) prawo do świadczeń opieki zdrowotnej członków rodziny zgłoszonych przez studenta/doktoranta do ubezpieczenia zdrowotnego wygasa po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta, który zgłosił członków rodziny do ubezpieczenia.

§ 2

Tryb zgłaszania studentów/doktorantów/członków rodzin ubezpieczonych do ubezpieczenia zdrowotnego

1. Niezwłocznie po zaistnieniu okoliczności stanowiących podstawę do zgłoszenia przez uczelnię studenta/doktoranta lub członka rodziny studenta/doktoranta do ubezpieczenia zdrowotnego, student/doktorant zgłasza się osobiście do właściwego dziekanatu i składa następujące dokumenty:
 - 1) student/doktorant będący obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej:
 - a) wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wraz z oświadczeniem o niepodleganiu ubezpieczeniu z innego tytułu (wzór nr 1),
 - b) dowód osobisty (do wglądu),
 - 2) student/doktorant będący obcokrajowcem, posiadający pochodzenie polskie w rozumieniu przepisów o repatriacji lub posiadający ważną Kartę Polaka:
 - a) wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wraz z oświadczeniem o niepodleganiu ubezpieczeniu z innego tytułu (wzór nr 1),
 - b) paszport (do wglądu),
 - c) Kartę Polaka (do wglądu – jeśli dotyczy),
 - 3) student/doktorant będący obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, zgłaszający do ubezpieczenia członków rodziny:
 - a) wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym członka rodziny studenta/doktoranta ubezpieczonego przez Politechnikę Krakowską (wzór nr 2),
 - b) odpis aktu urodzenia w przypadku zgłaszania dziecka,
 - c) odpis aktu małżeństwa w przypadku zgłaszania małżonka,
 - 4) student/doktorant będący obcokrajowcem, który posiada obywatelstwo 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 z innego tytułu (wzór nr 1),
 - b) paszport lub inny dokument potwierdzający tożsamość.
2. Niezwłocznie po wpłynięciu wniosku, pracownik odpowiednio dziekanatu sprawdza prawidłowość i kompletność wniosku. W ciągu 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia studenta/doktoranta do ubezpieczenia zdrowotnego, pracownik dziekanatu rejestruje studenta/doktoranta/członka rodziny ubezpieczanego studenta/doktoranta w programie PŁATNIK i zgłasza go do ubezpieczenia zdrowotnego, korzystając z druków ZUS ZZA lub ZUS ZCNA.
3. Dowodem objęcia studenta/doktoranta ubezpieczeniem zdrowotnym jest formularz *Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego/Zgłoszenia zmiany danych* (ZUS ZZA) wystawiony przez pracownika właściwego dziekanatu, ważny razem z legitymacją studencką/doktorancką. Dokument wydaje się w ciągu 7 dni od dnia złożenia przez studenta/doktoranta wniosku, o którym mowa w ust. 1.

§ 3

Tryb wyrejestrowania studenta/doktoranta/członka rodziny ubezpieczonego z ubezpieczenia zdrowotnego

1. Każda osoba, w stosunku do której wygał tytuł do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, podlega wyrejestrowaniu z tego ubezpieczenia wraz ze zgłoszonymi członkami rodziny.

2. Pracownik dziekanatu dokonuje w programie PŁATNIK wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta, który ukończył studia lub został skreślony z listy studentów/uczestników studiów doktoranckich (druk ZUS ZWUA). Wyrejestrowania należy dokonać w terminie 7 dni od daty ukończenia studiów przez studenta/doktoranta albo skreślenia studenta/doktoranta z listy studentów/uczestników studiów doktoranckich.
3. Student/doktorant, który uzyskał inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek złożyć w dziekanacie wydziału niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia tego faktu, pisemne oświadczenie o rezygnacji z kontynuowania ubezpieczenia zdrowotnego (wzór nr 3).
4. Student/doktorant, który zgłosił do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, jest obowiązany poinformować uczelnię o okolicznościach powodujących konieczność ich wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego w terminie 7 dni od zaistnienia tych okoliczności. Student/doktorant składa pisemne oświadczenie o rezygnacji z dalszego objęcia członków rodziny ubezpieczeniem zdrowotnym studenta/doktoranta (wzór nr 3).
5. Pracownik dziekanatu dokonuje w programie PŁATNIK wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta lub członków rodziny studenta/doktoranta, niezwłocznie po złożeniu przez studenta/doktoranta oświadczenia, o którym mowa odpowiednio w ust. 3 i w ust. 4 (druk ZUS ZWUA). Wyrejestrowanie powinno nastąpić w ciągu 7 dni liczonych od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność wyrejestrowania. Zgłoszenie wyrejestrowania przez pracownika dziekanatu studenta/doktoranta lub członków rodziny studenta/doktoranta po upływie 7 dni od daty zaistnienia innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego jest traktowane jako zgłoszenie po terminie.

§ 4

Doktoranci kształcący się w Szkole Doktorskiej

1. Tryb i zasady określone w § 1-3 mają zastosowanie do zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego doktorantów kształcących się w Szkole Doktorskiej oraz członków ich rodzin, z zastrzeżeniem ust. 2-3.
2. Doktoranci kształcący się w Szkole Doktorskiej składają wnioski i oświadczenia, o których mowa w § 1 ust. 2 i 6, § 2 ust. 1, u wyznaczonego pracownika Szkoły Doktorskiej.
3. Wyznaczony pracownik Szkoły Doktorskiej PK wykonuje czynności, o których mowa w § 2 ust. 2-3.

WNIOSEK O ☐ ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
☐ ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
☐ STUDENTA ☐ DOKTORANTA POLITECHNIKI KRAKOWSKIEJ
IM. TADEUSZA KOŚCIUSZKI

Organ zgłaszający: Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki	
Wydział	
Nazwisko	Imię/imiona
Nazwisko rodowe	Data urodzenia (dd/mm/rrrr):
Obywatelstwo	Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna
PESEL	Seria i nr: ☐ dowodu osobistego ☐ paszportu*
Oddział Wojewódzki NFZ	
Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd/mm/rrrr)	
Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu):	
Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu)**	
Adres do korespondencji (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu)***	
Nr telefonu do kontaktu	

* dotyczy obcokrajowców

** wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu

*** wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y, świadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, odpowiedzialności na podstawie art. 286 Kodeksu Karnego oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej, **oświadczam, że:**

- 1) Utraciłam/em status osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego innego tytułu, a w szczególności:
 - a) nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
 - b) nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,
 - c) nie jestem zatrudniona/y na podstawie umowy zlecenia,
 - d) nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
 - e) nie pobieram stypendium sportowego,
 - f) nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
 - g) nie jestem uprawniona/y do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
 - h) nie jestem zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna,
 - i) nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
 - j) nie jestem ubezpieczona/y jako student/doktorant na Politechnice Krakowskiej lub innej uczelni.

- 2) W przypadku zaistnienia okoliczności wymienionych w punkcie 1, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię właściwy dziekanat/szkołę doktorską niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia tego faktu, składając pisemne oświadczenie o rezygnacji z kontynuowania ubezpieczenia zdrowotnego i opłacania za mnie składek przez Politechnikę Krakowską (wzór nr 3 do Zasad i trybu zgłaszania studentów i doktorantów Politechniki Krakowskiej do ubezpieczenia zdrowotnego).
- 3) W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku powiadomię właściwy dziekanat/szkołę doktorską niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia tego faktu, poprzez złożenie wniosku (wzór nr 1 do Zasad i trybu zgłaszania studentów i doktorantów Politechniki Krakowskiej do ubezpieczenia zdrowotnego).

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis studenta/doktoranta)

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) Politechnika Krakowska informuje, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki w Krakowie z siedzibą przy ul. Warszawskiej 24, 31-155 Kraków.
- 2) Administrator powołał na Politechnice Krakowskiej Inspektora Ochrony Danych Osobowych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: iodo@pk.edu.pl, a także telefonicznie pod nr 12 628 22 37.
- 3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu objęcia Pani/Pana ubezpieczeniem zdrowotnym.
- 4) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, tj. niezbędność przetwarzania danych do wykonywania prawnych obowiązków Administratora, wynikających m. in. z ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz innych obowiązujących Administratora przepisów, w tym w szczególności dotyczące obowiązków archiwizacyjnych i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a później przez okres 5 lat, licząc od dnia 1 stycznia roku następnego po zakończeniu kształcenia lub skreśleniu z listy studentów/doktorantów.
- 6) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, usunięcia, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych – w przypadku uznania, że dane osobowe są przetwarzane przez Administratora z naruszeniem przepisów prawa.
- 7) Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie tych danych w wymaganym zakresie będzie skutkowało niemożnością objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.
- 8) Przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Politechnikę Krakowską danych osobowych zawartych we wniosku w celu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis studenta/doktoranta)

ADNOTACJE DZIEKANATU/SZKOŁY DOKTORSKIEJ

Data wpływu wniosku

Podpis pracownika dziekanatu/Szkoły Doktorskiej

**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY ☐ STUDENTA ☐ DOKTORANTA
POLITECHNIKI KRAKOWSKIEJ IM. TADEUSZA KOŚCIUSZKI
DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Dane ☐ studenta ☐ doktoranta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym:

Organ zgłaszający – Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki	
Wydział	
Nazwisko	Imię/imiona
Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	
PESEL	Seria i nr: ☐ dowodu osobistego ☐ paszportu*

Dane członków rodziny** zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego (w przypadku zgłaszania większej liczby osób, tabelę należy skopiować):

Nazwisko	Imię/imiona
Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	Stopień pokrewieństwa/powinowactwa**
PESEL	Seria i nr: ☐ dowodu osobistego ☐ paszportu*
Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd/mm/rrrr)	
Stopień niepełnosprawności: ☐ Tak (podkreślić właściwe: lekki, umiarkowany, znaczny) ☐ Nie	Członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym: ☐ Tak ☐ Nie
Adres zamieszkania (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego studenta/doktoranta – kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu)	
Nr telefonu do kontaktu	

* dotyczy obcokrajowców

** małżonek/małżonka, dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka, wnuk lub dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, matka, ojciec, macocha, ojczym.

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y, świadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, odpowiedzialności na podstawie art. 286 Kodeksu Karnego 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 zgłoszonego przeze mnie członka/członków rodziny powiadomię właściwy dziekanat/szkołę dokorską w ciągu 7 dni od daty zaistnienia tego faktu, składając pisemne oświadczenie o rezygnacji z dalszego obejmowania członka/członków rodziny moim ubezpieczeniem zdrowotnym (wzór nr 3 do Zasad i trybu zgłaszania studentów i doktorantów Politechniki Krakowskiej do ubezpieczenia zdrowotnego).

- 3) W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny powiadomię właściwy dziekanat/szkołę doktorską niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia tego faktu.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis studenta/doktoranta)

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) Politechnika Krakowska informuje, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych członków Pani/Pana rodziny jest Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki w Krakowie z siedzibą przy ul. Warszawskiej 24, 31-155 Kraków.
- 2) Administrator powołał na Politechnice Krakowskiej Inspektora Ochrony Danych Osobowych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: iodo@pk.edu.pl, a także telefonicznie pod nr 12 628 22 37.
- 3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym członków Pani/Pana rodziny.
- 4) Pani/Pana dane osobowe oraz dane członków Pani/Pana rodziny przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, tj. niezbędność przetwarzania danych do wykonywania prawnych obowiązków Administratora, wynikających m. in. z ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz innych obowiązujących Administratora przepisów, w tym w szczególności dotyczące obowiązków archiwizacyjnych i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 5) Pani/Pana dane osobowe oraz dane członków Pani/Pana rodziny będą przechowywane przez okres objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a później przez okres 5 lat, licząc od dnia 1 stycznia roku następnego po zakończeniu przez Panią/Pana kształcenia lub skreśleniu z listy studentów/doktorantów.
- 6) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i danych członków swojej rodziny oraz prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, usunięcia, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych – w przypadku uznania, że dane osobowe są przetwarzane przez Administratora z naruszeniem przepisów prawa.
- 7) Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych i danych członków swojej rodziny jest dobrowolne, jednakże niepodanie tych danych w wymaganym zakresie będzie skutkowało niemożnością objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.
- 8) Przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Politechnikę Krakowską danych osobowych zawartych we wniosku w celu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis studenta/doktoranta)

ADNOTACJE DZIEKANATU/SZKOŁY DOKTORSKIEJ

Data wpływu wniosku:

Podpis pracownika dziekanatu/Szkoły Doktorskiej:

**OŚWIADCZENIE ☐ STUDENTA ☐ DOKTORANTA W SPRAWIE REZYGNACJI
Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

I. Zgłoszenie rezygnacji z ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonego

☐ studenta ☐ doktoranta

Dane ☐ studenta ☐ doktoranta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym:

Organ zgłaszający – Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki		
Wydział		
Nazwisko	Imię/imiona	Data urodzenia (dd/mm/rrrr)
PESEL	Seria i nr: ☐ dowodu osobistego ☐ paszportu*	

Oświadczam, że zgłaszam moją rezygnację z ubezpieczenia zdrowotnego zgłoszonego przez Politechnikę Krakowską w Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis studenta/doktoranta)

II. Zgłoszenie rezygnacji z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny ubezpieczonego

☐ studenta ☐ doktoranta

Dane członków rodziny** podlegających wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego (w przypadku zgłaszania większej liczby osób, tabelę należy skopiować):

Nazwisko	Imię/imiona:	Data urodzenia (dd/mm/rrrr)
PESEL	Seria i nr: ☐ dowodu osobistego ☐ paszportu*	Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa**

* dotyczy obcokrajowców

** małżonek, dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka, wnuk lub dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, matka, ojciec, macocha, ojczym.

Oświadczam, że ww. członek mojej rodziny uzyskał inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, w związku z czym zgłaszam rezygnację z dalszego obejmowania go moim ubezpieczeniem zdrowotnym.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis studenta/doktoranta)

ADNOTACJE DZIEKANATU/SZKOŁY DOKTORSKIEJ

Data wpływu wniosku

Podpis pracownika dziekanatu/szkoły doktorskiej