

Białystok, dn. ____ - ____ - ____ r.

.....
Imię (Imiona) i Nazwisko studenta/doktoranta

nr PESEL/ nr paszportu

.....
nr albumu

Oświadczenie studenta/doktoranta* Uniwersytetu w Białymstoku do uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego

Oświadczam, że:

- nie pozostaję na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu,
- nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu.

Jednocześnie **zobowiązuję się poinformować niezwłocznie Uniwersytet w Białymstoku o fakcie ustania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego** dokonywanego przez Uczelnię oraz o zmianach danych zawartych w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, pod rygorem odpowiedzialności karnej.

.....
podpis studenta/doktoranta

WYPEŁNIA WYDZIAŁ/SZKOŁA DOKTORSKA:

1. Pan(i) jest studentem/doktorantem* od dnia: ____ - ____ - ____ r.

- Wydział/Szkoła Doktorska*,
kierunek/dyscyplina*
- Tryb/forma studiów:
(stacjonarne/niestacjonarne)
- Planowany termin ukończenia studiów: ____ - ____ - ____ r.
- Obowiązek ubezpieczenia powstaje od dnia** : ____ - ____ - ____ r.

2. **O wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego** studenta lub doktoranta Szkoły Doktorskiej w związku z uzyskaniem statusu absolwenta lub ukończenia studiów doktorskich albo skreślenia z listy studentów lub skreślenia z listy doktorantów, **osoba odpowiedzialna na Wydziale lub w Szkole Doktorskiej powiadamia niezwłocznie Dział Płac i Podatków.**

.....
podpis upoważnionego pracownika
Wydziału/Szkoły Doktorskiej

* Niepotrzebne skreślić

**Zgodnie z art. 73 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373) obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego powstaje z dniem złożenia oświadczenia o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, nie wcześniej jednak niż z dniem rozpoczęcia pierwszego semestru kształcenia, a wygasa z dniem ukończenia studiów lub kształcenia w szkole doktorskiej albo skreślenia z listy studentów lub listy doktorantów.