



**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE / WYREJESTROWANIE DO / Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO  
CZŁONKA RODZINY osoby pobierającej stypendium w Szkole Doktorskiej  
Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu**

Dane doktoranta ubezpieczonego w Szkole Doktorskiej:

Nazwisko i imię (imiona) .....

Numer PESEL ..... Seria i numer paszportu\* .....

Dane członka rodziny:

Nazwisko i imię (imiona) .....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

lub nr i seria paszportu\*: ..... Data i miejsce urodzenia: .....

Zgłoszenie z dniem: .....  Wyrejestrowanie z dniem: .....

**Kod stopnia pokrewieństwa / powinowactwa:**

--	--

*(0 – małżonek; 11 – dziecko własne, przysposobione lub dziecko drugiego małżonka; 21 – wnuk lub dziecko obce przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej; 30 – matka; 31 – ojciec; 32 – macocha; 33 – ojczym; 40 – babka; 41 – dziadek; 50 – osoby przysposabiające osoby ubezpieczone; 60 – inni krewni wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym, nie objęci obowiązkiem ubezpieczenia)*

**Kod stopnia niepełnosprawności:**

--

*(0 – osoba nie posiadająca orzeczenia o niepełnosprawności; 1 – osoba, która ma orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności; 2 – osoba, która ma orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności; 3 – osoba, która ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności)*

Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą zgłaszającą?  TAK  NIE

Czy jest na wyłącznym utrzymaniu osoby zgłaszającej członka rodziny?  TAK  NIE

**Adres zamieszkania członka rodziny:**

Adres stałego zameldowania

.....

*(województwo, powiat, gmina)*

.....

*(kod i miejscowość, ulica, nr domu i lokalu)*

\* W przypadku obcokrajowców

**Oświadczam, że wszystkie dane podałem(am) zgodnie z prawdą.**

**Pouczenie:**

Zgodnie z art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2008r. Nr 164 poz. 1027) za członka rodziny uprawnionego do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego uznaje się: **a)** dzieci własne, dzieci drugiego współmałżonka, dzieci przysposobione oraz wnuki i dzieci przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształcą się dalej do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli dziecko jest niepełnosprawne w stopniu znacznym- bez ograniczenia wieku; **b)** dzieci uprawnione do renty rodzinnej; **c)** małżonka; **d)** krewnych wstępnych (rodziców, dziadków, pradiadków) pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 § kk\*), odpowiedzialności na podstawie art. 286 kk\*\* 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 **Biurowo Szkoły Doktorskiej** w terminie 7 dni od daty jego powstania, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu; **3.** w przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię **Biurowo Szkoły Doktorskiej** w terminie 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu.

Jednocześnie przyjmuje do wiadomości, że:

- a) Administratorem danych osobowych jest Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław, NIP: 896-000-69-97, tel. +48 71 36 80 100, fax +48 71 36 72 778, e-mail: kontakt@ue.wroc.pl.
- b) Dane kontaktowe Inspektora ochrony danych są następujące: e-mail: iod@ue.wroc.pl
- c) Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.) a od 25 maja 2018 r. na podstawie 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, w tym na podstawie artykułu 6 ust. 1 pkt „b”, „c”.
- d) Przetwarzanie danych osobowych przez Administratora danych jest niezbędne do wykonania umowy z Administratorem danych, w tym wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze danych osobowych.
- e) Dane osobowe będą przechowywane do upływu okresu przechowywania dokumentacji związanej z umową, wynikającego z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
- f) Dane będą udostępniane wyłącznie osobom upoważnionym przez Administratora danych osobowych do przetwarzania danych osobowych oraz podmiotom przetwarzającym dane osobowe w imieniu Administratora danych na podstawie umów zawartych z Administratorem danych.
- g) Przysługuje mi wobec Administratora danych osobowych, na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, a od 25 maja 2018 r. na zasadach określonych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 i w przypadku spełnienia określonych w tych aktach prawnych warunków, prawo dostępu do moich danych osobowych, żądania ich sprostowania, uzupełnienia, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia skargi do organu nadzorującego przetwarzanie danych osobowych zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.
- h) Dane osobowe nie będą przekazane do Państwa trzeciego w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, a od 25 maja 2018 r. w rozumieniu Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.
- i) Nie będzie stosowane podejmowanie decyzji oparte wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, w rozumieniu Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*czytelny podpis składającego wniosek/oświadczenie*