

MSOW

PLATNIK WYPELNI POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ADRES AKADEMIIKA
LUB INNEGO MIEJSCA ZAMIESZKANIA
NIA
POLSCIE

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZZA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
--------------------------------	---------	-----------	--

IX. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy: 50-366 02. Miejscowość: WROCŁAW

03. Gmina / Dzielnica: WROCŁAW

04. Ulica: GRUNHALDZKA

05. Numer domu: 59 06. Numer lokalu:

07. Numer telefonu: 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski):

X. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy: 02. Miejscowość:

03. Ulica:

04. Numer domu: 05. Numer lokalu:

06. Skrytka pocztowa: 07. Numer telefonu: 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski):

09. Adres poczty elektronicznej:

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr):

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej:

03. Pieczęćka płatnika:

XII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia:

Anna Nowak

↓
Proszę, mię tu podpisać
ryżnie - imię
i nazwisko

XIII. ADNOTACJE ZUS

1) W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.
2) Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
3) Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.

ANNA NOWAK

Imię i nazwisko studenta

24.08.2002

Data urodzenia

Npisać numer, jeżeli jest

Nr PESEL

1.10.2021 - 30.09.2022

Data rozpoczęcia i data zakończenia studiów

S-1

Wydział

Adres zamieszkania

WZOR
Wrocław, ↓
Ja to uzupełnię
→ Proszę tu wpisać adres akademika
lub aktualny adres zamieszkania w Polsce,
jeżeli ktoś nie mieszka w akademiku.

OŚWIADCZENIE STUDENTA POLITECHNIKI WROCŁAWSKIEJ

w sprawie ubezpieczenia zdrowotnego

Stosownie do postanowień ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. Zm.), które określają, że studenci podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu, pod warunkiem, że nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, i obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego studenta, spoczywający na Politechnice Wrocławskiej powstaje z dniem immatrykulacji, natomiast wygasa z dniem ukończenia studiów lub skreślenia z listy studenta.

Ja niżej podpisany, oświadczam, że:

- nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (tj. np. zatrudnienie, zawarta umowa-zlecenie, prowadzenie działalności gospodarczej, posiadanie statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej)

Jednocześnie zobowiązuję się do zgłaszania na Wydziale wszelkich zmian w terminie 2 dni roboczych od momentu ich zaistnienia.

W załączeniu składam wypełniony druk ZUS ZZA – zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego dla studenta oraz ZUS ZCZA* lub ZUS ZCNA* dla członka rodziny.

Wyrziny podpis -
- imię i nazwisko ←

Anna Nowak

podpis studenta

potwierdzenie Wydziału

* niepotrzebne skreślić

Wzór

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZWUA	WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ
--------------------------------	----------	-------------------------------

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X) 02. ZGŁOSZENIE KOREKTY DANYCH O WYREJESTROWANIU Z UBEZPIECZEŃ (jeśli TAK, wpisać X)

03. Data nadania (dd / mm / rrrr) 04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) 02. Numer REGON

8 9 6 0 0 0 5 8 5 1 0 0 0 0 0 1 6 1 4

03. Numer PESEL¹⁾ 04. Rodzaj dokumentu: 05. Seria i numer dokumentu

jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2

06. Nazwa skrócona 07. Nazwisko

P o l i t e c h n i k a W r o c ł a w s k a

08. Imię pierwsze 09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

W y b r z e ż e W y s p i a ń s k i e g o 2 7

5 0 - 3 7 0 W r o c ł a w

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

01. Numer PESEL *Wpisać, jeśli jest* 02. Numer NIP (wpisać bez kresek) 03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04) 04. Seria i numer dokumentu

2 FH 1110518

05. Nazwisko

N O W A K

06. Imię pierwsze 07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

A N N A 2 4 0 8 2 0 0 2

IV. WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZEŃ

01. Kod tytułu ubezpieczenia 02. Wyrejestrowanie z ubezpieczeń od dnia (dd / mm / rrrr) 03. Kod przyczyny wyrejestrowania

2 4 1 0 0 0 0 0 1 1 0 2 0 1 8 6 0 0

V. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

VI. OŚWIADCZENIE OSOBY WYREJESTROWYWANEJ Z UBEZPIECZEŃ

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby wyrejestrowywanej z ubezpieczeń

Anne Nowak

↓
wyraźny podpis -
imię i nazwisko

VII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.