



WNIOSEK

O OBJĘCIU UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM
W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA

ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH*

CZŁONKA RODZINY

STUDENTA DOKTORANTA*
UNIWERSYTETU SZCZECIŃSKIEGO

Dane studenta doktoranta* objętego ubezpieczeniem zdrowotnym:

Kierunek i stopień studiów..... Rok i semestr studiów.....
lub dziedzina nauki i dyscyplina (w przypadku doktorantów)

Wydział/Szkoła Doktorska..... Numer albumu.....

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Numer PESEL..... Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu.....

Telefon kontaktowy Adres e-mail.....

Dane członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego:

członek rodziny rozumiany jako: małżonek/małżonka; dziecko własne, dziecko przysposobione, dziecko małżonka, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka; wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym (rodzice, dziadkowie, pradiadkowie).

I.

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Stopień pokrewieństwa/powinowactwa.....

Numer PESEL..... Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu.....

Członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym: Tak Nie*

Adres zamieszkania (ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy, gmina)
wpisać jeżeli inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego studenta/doktoranta

.....
.....

Stopień niepełnosprawności: Tak Nie*

Stopień niepełnosprawności.....
wpisać jeżeli posiada

Telefon kontaktowy Adres e-mail.....

II.

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Stopień pokrewieństwa/powinowactwa.....

Numer PESEL..... Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu.....

Członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym: Tak Nie*

Adres zamieszkania (ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy, gmina)
wpisać jeżeli inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego studenta/doktoranta

.....
.....

Stopień niepełnosprawności: Tak Nie* Stopień niepełnosprawności.....
wpisać jeżeli posiada

Telefon kontaktowy Adres e-mail.....

III.

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Stopień pokrewieństwa/powinowactwa.....

Numer PESEL..... Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu.....

Członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym: Tak Nie*

Adres zamieszkania (ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy, gmina)
wpisać jeżeli inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego studenta/doktoranta

.....
.....

Stopień niepełnosprawności: Tak Nie* Stopień niepełnosprawności.....
wpisać jeżeli posiada

Telefon kontaktowy Adres e-mail.....

Świadomy/a odpowiedzialności karnej art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

.....
miejscowość i data

.....
podpis

*zaznaczyć odpowiednie

OŚWIADCZENIE

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, odpowiedzialności na podstawie art. 286 Kodeksu Karnego oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej, **oświadczam, że:**

1. Zgłaszani przeze mnie do ubezpieczenia zdrowotnego 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 ubezpieczenia zdrowotnego zgłoszonego przez mnie członka/członków rodziny powiadomię o tym fakcie właściwą sekcję ds. studenckich/Szkołę Doktorską w przeciągu 7 dni od daty jego powstania, składając pisemne oświadczenie o rezygnacji z dalszego obejmowania członka/członków rodziny ubezpieczeniem zdrowotnym (załącznik nr 3 do zarządzenia nr .../2022 Rektora Uniwersytetu Szczecińskiego z dnia ... września 2022 r.).
3. W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny, powiadomię o tym fakcie właściwą sekcję ds. studenckich/Szkołę Doktorską w terminie 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę.

.....
miejsowość i data

.....
podpis

Informacja o przetwarzaniu danych

Zgodnie z art. 13 DYREKTYWY 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 RODO) Uniwersytet Szczeciński informuje, że:

Administrator danych

Administratorem Pani/a danych osobowych jest Uniwersytet Szczeciński z siedzibą w Szczecinie, al. Papieża Jana Pawła II 22a, 70-453 Szczecin, e-mail: rektorat@usz.edu.pl

Inspektor Ochrony Danych (IOD)

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo skontaktować mailowo pod adresem mailowym: iod@usz.edu.pl. Z IOD możecie się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Państwa danych przez Uniwersytet Szczeciński.

Cele i podstawy prawne przetwarzania danych

Państwa dane będą przetwarzane w celu objęcia Pani/Pana ubezpieczeniem zdrowotnym oraz do wypełnienia przez Uniwersytet Szczeciński obowiązków prawnych.

Podstawę przetwarzania danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c. RODO. Obowiązki prawne Uniwersytetu Szczecińskiego wynikają z ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tekst jedn. Dz. U. z 2022 r. poz. 574, ze zm.) oraz wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych i regulacji wewnętrznych Uniwersytetu Szczecińskiego (Zarządzenie nr .../2022 Rektora Uniwersytetu Szczecińskiego z dnia ... września 2022 r.).

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych jest również art. 6 ust. 1 lit. e RODO, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy powierzonych administratorowi.

Państwa dane mogą być również przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f, tj. prawnie uzasadnionego interesu administratora, jakim jest prawo do ustalenia, dochodzenia i obrony roszczeń.

Dane, które nie są wymagane do realizacji wymienionych wyżej celów, mogą być przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a – w oparciu o wyrażoną przez Państwa zgodę.

Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a po tym czasie przez okres niezbędny dla zabezpieczenia i dochodzenia ewentualnych roszczeń lub w celu ochrony przed takimi roszczeniami, a do celów archiwalnych przez okres 50 lat.

W sytuacji przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana dobrowolnej zgody Administrator będzie je przechowywać do czasu odwołania przez Panią/Pana wyżej wymienionej zgody na ich przetwarzanie.

Odbiorcy danych

Dostęp do Państwa danych osobowych będą mieli upoważnieni pracownicy Uniwersytetu Szczecińskiego. Odbiorcami Państwa danych mogą być podmioty uprawnione do ich otrzymywania na podstawie zawartych umów powierzenia.

Prawa związane z przetwarzaniem danych

Posiadają Państwo prawo do:

- a) uzyskania informacji o przetwarzaniu danych osobowych i uprawnieniach przysługujących zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych RODO,
- b) dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania oraz otrzymania ich kopii,
- c) usunięcia danych osobowych ze zbiorów administratora (chyba, że dalsze przetwarzanie jest konieczne dla wykonania obowiązku prawnego albo w celu ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń),
- d) ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania – w przypadkach i na warunkach określonych w RODO,
- e) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych, jeśli uznają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych narusza przepisy prawa w zakresie ochrony danych osobowych.

Aby skorzystać z realizacji praw należy złożyć wniosek w formie pisemnej do Inspektora Ochrony Danych na adres: Uniwersytet Szczeciński, al. Papieża Jana Pawła II 31, 70-453 Szczecin lub napisać maila na adres iod@usz.edu.pl.

Obowiązek podania danych i konsekwencja niepodania danych

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich przetwarzanie przez Uniwersytet Szczeciński jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.

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

.....
miejsowość i data

.....
podpis