

## **INFORMACJA O UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM STUDENTÓW, UCZESTNIKÓW STUDIÓW DOKTORANCKICH I DOKTORANTÓW SZKOŁY DOKTORSKIEJ**

Studenci, uczestnicy studiów doktoranckich i doktoranci Szkoły Doktorskiej mogą podlegać ubezpieczeniu zdrowotnemu z różnych tytułów. **Większość studentów podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu posiadania statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej.** Student, uczestnik studiów doktoranckich oraz doktorant Szkoły Doktorskiej jest członkiem rodziny osoby ubezpieczonej, jeżeli dla tej osoby jest:

- dzieckiem własnym, dzieckiem małżonka, dzieckiem przysposobionym, wnukiem albo dzieckiem obcym, dla którego ustanowiono opiekę, albo dzieckiem obcym w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- małżonkiem.

**Jeżeli więc student, uczestnik studiów doktoranckich lub doktorant Szkoły Doktorskiej mieści się w podanym wyżej zakresie – nie podlega zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego przez Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, ponieważ to ubezpieczony członek rodziny, np. rodzic, małżonek zgłasza go do ubezpieczenia zdrowotnego. Podobnie jest w przypadku gdy student, uczestnik studiów doktoranckich lub doktorant Szkoły Doktorskiej podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu na podstawie innego tytułu.** Inny tytuł ubezpieczenia zdrowotnego występuje, gdy student, uczestnik studiów doktoranckich lub doktorant Szkoły Doktorskiej, w szczególności:

- jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę, mianowania lub powołania,
- jest rolnikiem lub jego domownikiem,
- jest osobą prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą lub osobą z nią współpracującą,
- wykonuje pracę nakładczą,
- jest objęty ubezpieczeniem społecznym z tytułu umowy zlecenia, umowy agencyjnej – w przypadku studentów po ukończeniu 26 lat,
- jest członkiem rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub spółdzielni kółek rolniczych lub członkiem ich rodzin,
- pobiera świadczenia socjalne wypłacane w okresie urlopu lub zasiłek socjalny wypłacony na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia,
- odbywa zastępczą służbę wojskową, jest: żołnierzem zawodowym, funkcjonariuszem Policji, funkcjonariuszem UOP, funkcjonariuszem Straży Granicznej, funkcjonariuszem Państwowej Straży Pożarnej lub funkcjonariuszem Służby Więziennej,
- pobiera rentę,
- pobiera stypendium sportowe,
- jest bezrobotnym, osobą pobierającą rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej,
- jest duchownym,
- przebywa na urlopie wychowawczym i nie pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu.

**Jeżeli student, uczestnik studiów doktoranckich lub doktorant Szkoły Doktorskiej nie jest członkiem rodziny osoby ubezpieczonej (rozumianym tak jak opisano to we wstępie niniejszej Informacji...) ani nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, to Uczelnia ma obowiązek zgłosić go do ubezpieczenia zdrowotnego.**

Student, uczestnik studiów doktoranckich lub doktorant Szkoły Doktorskiej, **tylko wtedy** gdy nie został zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny osoby ubezpieczonej ani z innego tytułu, **zgłasza się do Dziekanatu/Szkoły Doktorskiej i** - jeżeli nie upoważnił ZUT do podpisania w jego imieniu określonych dokumentów - **następnie do Działu Wynagrodzeń celem dopełnienia formalności** niezbędnych do zgłoszenia go przez Uczelnię do ubezpieczenia zdrowotnego/ w przypadku doktorantów szkoły doktorskiej do Działu Kadr celem dopełnienia niezbędnych formalności do zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.

**OŚWIADCZENIE**  
**STUDENTA / UCZESTNIKA STUDIÓW DOKTORANCKICH \* ZUT**  
**DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**Ja,** .....  
*imiona i nazwisko osoby składającej oświadczenie*

- 1. Oświadczam, że nie jestem członkiem rodziny osoby ubezpieczonej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych raz nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.**
- 2. Zobowiązuję się do bezzwłocznego składania w dziekanacie/szkole doktorskiej informacji o wszelkich zmianach swojej sytuacji prawnej, mającej wpływ na powstanie lub wygaśnięcie obowiązku Uczelni w zakresie zgłoszenia mnie do ubezpieczenia zdrowotnego.**
- 3. Upoważniam/nie upoważniam\*) Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny do podpisania w moim imieniu dokumentu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego lub dokumentu wyrejestrowania.**

.....  
*data*

.....  
*podpis osoby składającej oświadczenie*

**Objaśnienia:**

Student/ uczestnik studiów doktoranckich/ doktorant szkoły doktorskiej jest **członkiem rodziny** osoby ubezpieczonej, jeżeli dla tej osoby jest:

- dzieckiem własnym, dzieckiem małżonka, dzieckiem przysposobionym, wnukiem albo dzieckiem obcym, dla którego ustanowiono opiekę, albo dzieckiem obcym w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- małżonkiem.

**Inny tytuł ubezpieczenia zdrowotnego** może wystąpić, gdy student/ uczestnik studiów doktoranckich/ doktorant szkoły doktorskiej:

- jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę, mianowania lub powołania,
- jest rolnikiem lub jego domownikiem,
- jest osobą prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą lub osobą z nią współpracującą,
- wykonuje pracę nakładczą,
- jest objęty ubezpieczeniem społecznym z tytułu umowy zlecenia, umowy agencyjnej – w przypadku studentów po ukończeniu 26 lat,
- jest członkiem rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub spółdzielni kółek rolniczych lub członkiem ich rodzin,
- pobiera świadczenia socjalne wypłacane w okresie urlopu lub zasiłek socjalny wypłacony na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia,
- odbywa zastępczą służbę wojskową, jest: żołnierzem zawodowym, funkcjonariuszem Policji, funkcjonariuszem UOP, funkcjonariuszem Straży Granicznej, funkcjonariuszem Państwowej Straży Pożarnej lub funkcjonariuszem Służby Więziennej,
- pobiera rentę,
- pobiera stypendium sportowe,
- jest bezrobotnym, osobą pobierającą rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej,
- jest duchownym,
- przebywa na urlopie wychowawczym i nie pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu.

\*) odpowiednio podkreślić

**ANKIETA DO OŚWIADCZENIA STUDENTA/UCZESTNIKA STUDIÓW  
DOKTORANCKICH**

1. Nazwisko .....
2. Imię pierwsze ..... 3. Imię drugie .....
4. Obywatelstwo ..... 5. Data urodzenia: dzień ..... miesiąc ..... rok .....
6. Dowód osobisty: seria ..... nr .....
7. PESEL ..... 8. NIP ..... - ..... - .....
9. Nazwisko panieńskie: .....
10. Wydział ..... 11. Rodzaj studiów *S1, S2, N1, N2, S3, N3* \*)
12. Kierunek studiów/dyscyplina naukowa .....
13. Rok studiów: .....
15. Jestem osobą niepełnosprawną w stopniu .....
16. Na moim wyłącznym utrzymaniu pozostaje .....
17. Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu: *kod poczt.* ..... *miejsowość* .....
- ulica* ..... *nr domu* ..... *nr lokalu* ..... *Gmina* .....
- nr telefonu (podać także nr kierunkowy)* .....
18. Adres zamieszkania (wpisać, jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu):  
*kod poczt.* ..... *miejsowość* .....
- ulica* ..... *nr domu* ..... *nr lokalu* ..... *Gmina* .....
- nr telefonu (podać także nr kierunkowy)* .....
19. Adres do korespondencji (wpisać, jeżeli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu i adres zamieszkania): *kod poczt.* ..... *miejsowość* .....
- ulica* ..... *nr domu* ..... *nr lokalu* ..... *Gmina* .....
- nr telefonu (podać także nr kierunkowy)* .....
20. Wskazanie Oddziału Wojewódzkiego Funduszu Zdrowia właściwego ze względu na miejsce zamieszkania .....

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszej ankiecie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

.....  
(data)

.....  
podpis składającego oświadczenie

Potwierdzam status studenta/ uczestnika studiów doktoranckich\*)

data immatrykulacji/ przyjęcia na studia doktoranckie\*) .....

Jednostka organizacyjna obciążona kosztami ubezpieczenia .....

.....  
(data)

.....  
podpis pracownika dziekanatu

Data złożenia oświadczenia w Dziale Wynagrodzeń .....

.....  
*podpis pracownika Działu Wynagrodzeń*

---

**Uwagi dla wypełniających:**

**Objaśnienia:** *S1 – stacjonarne pierwszego stopnia, N1 – niestacjonarne pierwszego stopnia, S2 – stacjonarne drugiego stopnia, N2 – niestacjonarne drugiego stopnia, S3- stacjonarne trzeciego stopnia, N3 – niestacjonarne trzeciego stopnia;*

*\*) Właściwe podkreślić*