**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY**

**DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**STUDENTA / DOKTORANTA o którym mowa § 1 ust 1 pkt 1 lit a) ZW** 1)

**POLITECHNIKI WROCŁAWSKIEJ**

Dane STUDENTA / DOKTORANTA 1) objętego ubezpieczeniem zdrowotnym:

|  |  |
| --- | --- |
| WYDZIAŁ:………………………………………………..……………………………….……………….. | |
| Nazwisko: | Imię/imiona: |
| Data urodzenia (dd/mm/rrrr): | Obywatelstwo: |
| PESEL: | 2) Seria i nr paszportu: |
| Nr telefonu kontaktowego: | |

Dane członków rodziny 2) zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego (w przypadku większej liczby osób tabelę należy skopiować):

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko: | Imię/imiona: |
| Data urodzenia (dd/mm/rrrr): | 3) Stopień pokrewieństwa: |
| PESEL: | 4) Seria i nr paszportu: |
| Płeć:  kobieta  mężczyzna | Orzeczenie o niepełnosprawności:  tak  nie |
| Data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny(dd/mm/rrrr): | |
| Adres zamieszkania (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego  studenta/doktoranta – kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu): | |

1) niepotrzebne skreślić

2,4) dotyczy cudzoziemców

3)   małżonek/małżonka, dziecko własne, przysposobione, dziecko małżonka, dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, matka, ojciec, macocha, ojczym

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisana/y, świadoma/y odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, odpowiedzialności na podstawie art. 286 Kodeksu Karnego 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 zgłoszonego przeze mnie członka/członków rodziny powiadomię właściwy dziekanat/Dział Kształcenia w ciągu 3 dni od daty zaistnienia tego faktu, składając pisemne oświadczenie o rezygnacji z dalszego obejmowania członka/członków rodziny moim ubezpieczeniem zdrowotnym (załącznik nr 3)

3) W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny powiadomię właściwy dziekanat/Dział Kształcenia niezwłocznie, tj. nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia tego faktu

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………….  miejscowość i data | …………………………………………  czytelny podpis studenta/doktoranta |

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Politechnika Wrocławska informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Politechnika Wrocławska we Wrocławiu z siedzibą przy ul. ul. Wybrzeże Wyspiańskiego 27, 50-370 Wrocław. Kontakt z administratorem możliwy jest pisemnie na adres siedziby oraz przez formularz kontaktowy: <https://pwr.edu.pl/kontakt>. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: IOD(at)pwr.edu.pl.
2. Dane osobowe podawane powyżej będą przetwarzane w celu objęcia Pani/Pana ubezpieczeniem zdrowotnym. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą gdyż jest to jest niezbędne do spełnienia obowiązków prawnych Uczelni (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 27 sierpnia 2004 r. i ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 27 października 2017 r. Uczelnia musi tez przechowywać dokumentację prowadzonych spraw aby spełnić swoje obowiązki archiwizacyjne.
3. Odbiorcami udostępnianych nam danych są Narodowy Fundusz Zdrowia i Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a później przez okres 5 lat, licząc od dnia 1 stycznia roku następnego po zakończeniu okresu objęcia ubezpieczeniem.
5. Administrator zapewnia Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i uzyskania ich kopii oraz prawo do ich sprostowania i prawo ograniczenia przetwarzania danych. Prawa takie nie mają charakteru bezwzględnego a możliwość skorzystania z nich wyjaśniamy w polityce prywatności Politechniki Wrocławskiej: <https://pwr.edu.pl/ochrona-danych-osobowych/polityki-prywatnosci>.
6. Osoba, której dane dotyczą ma prawo złożenia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych – w przypadku uznania, że dane osobowe są przez Administratora przetwarzane z naruszeniem RODO.

7) Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie tych danych w wymaganym zakresie będzie skutkowało niemożnością objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i spełnienia obowiązków prawnych Uczelni.

Potwierdzam otrzymanie informacji o przetwarzaniu przez Politechnikę Wrocławską moich danych osobowych zawartych we wniosku w celu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………….  miejscowość i data | ………………………………………….  czytelny podpis studenta/doktoranta |

**ADNOTACJE DZIEKANATU/DZIAŁU KSZTAŁCENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu wniosku: ………………………….…. | ……………………………….……………………….  Podpis pracownika dziekanatu/Działu Kształcenia/ Studium Języków Obcych |