

**National Health Fund (NFZ) insurance application form**  
**Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ**

Imię i Nazwisko / First name and family name .....

Data i miejsce urodzenia / Date and place of birth .....

Adres stałego zamieszkania / Permanent address .....  
(województwo, powiat, gmina / province, district, municipality)

.....  
(kod i miejscowość / postal code and town or city) (ulica, nr domu i lokalu / street, house number, flat number)

Adres czasowego zamieszkania / Temporary address .....  
(województwo, powiat, gmina / province, district, municipality)

.....  
(kod i miejscowość / postal code and town or city) (ulica, nr domu i lokalu / street, house number, flat number)

Numer PESEL / PESEL number ..... Numer NIP / VAT number .....

Numer albumu / Student registration number .....

Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu / Series and number of passport or identity card .....

Obywatelstwo / Citizenship .....

Narodowość / Nationality .....

Numer umowy w NFZ / NFZ agreement number .....  
(wypełniają cudzoziemcy / to be filled out by foreigners)

Dane członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego (małżonek, dzieci, wstępni pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym):  
Personal data of family members to be covered by health insurance (spouse, children, close relatives living in the same household)

Imię i Nazwisko / First name and surname .....

Data i miejsce urodzenia / Date and place of birth .....

PESEL / PESEL number .....

Stopień pokrewieństwa / Degree of kinship .....

Stopień niepełnosprawności / Degree of disability .....

Adres zamieszkania / Address .....  
(w przypadku innego niż świadczeniobiorcy / if different from the address of beneficiary)

Imię i Nazwisko / First name and surname .....

Data i miejsce urodzenia / Date and place of birth .....

PESEL / PESEL number .....

Stopień pokrewieństwa / Degree of kinship .....

Stopień niepełnosprawności / Degree of disability .....

Adres zamieszkania / Address .....  
(w przypadku innego niż świadczeniobiorcy / if different from the address of beneficiary)

I hereby join the National Health Fund in .....

(place of residence)

**Przystępuję do wojewódzkiego oddziału NFZ w .....**

(właściwy dla miejsca zamieszkania)

.....  
miejsowość i data / place and date

.....  
czytelny podpis / legible signature

**Oświadczam / I declare:** zaznaczyć właściwe / mark the relevant

1. uraciłem/am status członka rodziny czyli ukończyłem/am 26 lat i nie podlegam jako członek rodziny ubezpieczeniu zdrowotnemu ani nie posiadam innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym / that I do not have the status of a family member, that is I am over 26 years old, and I am not entitled to health insurance cover as a family member. I am not entitled to any other health insurance cover.

2. nie utraciłem/am statusu członka rodziny, ale nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu (podać przyczynę) / I still have the status of a family member, but I am not entitled to health insurance cover (please state the reason)

.....  
.....

3. nie posiadam obywatelstwa UE lub EFTA, zostałem/am uznany/a za osobę polskiego pochodzenia w rozumieniu przepisów o repatriacji/posiadam kartę Polaka\* i nie podlegam na terenie RP ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu / I do not have the EU or EFTA citizenship, I have been stated a person of Polish origin under the repatriation law/ I hold the Polish Card (Karta Polaka)\* and I do not have any other insurance cover in the territory of the Republic of Poland

4. jestem obywatelem państwa członkowskiego UE lub EFTA i nie posiadam obywatelstwa polskiego oraz innego tytułu do ubezpieczenia w kraju stałego zamieszkania i na terenie RP / I have the EU or EFTA citizenship, I do not have Polish citizenship and I am not entitled to health insurance in my country of residence or in Poland

\* podkreślić właściwe / underline the relevant information

**Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Działu Nauczania UAM o zmianie danych osobowych oraz zmianach związanych ze studiami, a także o powstaniu prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.**

**I shall inform the Department of Teaching, AMU, in writing, on any changes in my personal details and changes connected with my study, as well as on any new entitlement to health insurance.**

.....  
miejsowość i data / place and date

.....  
czytelny podpis / legible signature

REZYGNACJA  
CANCELLATION

Oświadczam, że rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu – płatnika składek z dniem .....

I hereby cancel the NFZ insurance policy covered by Adam Mickiewicz University in Poznań – a contribution payer on (date) .....

.....  
Miejscowość i data / Place and date

.....  
Podpis / Signature

---

**Wypełnia Dział Nauczania / To be filled out by the Department of Teaching:**

ostatnia składka za miesiąc / last contribution for the month of:

- wyrejestrowano na podstawie / de-registered due to:

rezygnacji  / resignation

skreślenia / expelling from university

złożenia egzaminu dyplomowego  / passing diploma examination

z dnia / as of \_\_\_\_\_