

.....
(nazwisko i imię)

Lublin, dn.

.....
(rok i kierunek studiów)

Student doktorant

.....
(adres do korespondencji, kod pocztowy, miejscowość)

STUDIA: stacjonarne niestacjonarne

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu)

Nr albumu

.....
telefon

O Ś W I A D C Z E N I E

I. Oświadczam, że:

- nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np.: rodzica lub współmałżonka),
- nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym,
- nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie,
- nie pobieram świadczeń rentowych z ubezpieczenia społecznego,
- nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
- nie jestem zarejestrowany/a w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna,
- nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
- nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

II. Oświadczam, że zgłoszeni przeze mnie następujący członkowie mojej rodziny, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (jednego z wymienionych w pkt. I) ani nie zostali zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez innych członków rodziny.

Lp.	Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia

III. Oświadczam, że niezwłocznie powiadomię Uczelnię, pod rygorem odpowiedzialności z tego tytułu, w przypadku:

- zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego;
- utrąty statusu studenta/doktoranta* (obrona pracy mgr, lic. lub dr, rezygnacja ze studiów, skreślenie z listy studentów) lub zaistnienia któregokolwiek z okoliczności wymienionych w pkt. I, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby bądź zgłoszonych przeze mnie członków rodziny.

IV. Nie* posiadam orzeczenia/e o stopniu niepełnosprawności.

.....
(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić

UWAGA: Stosowne zaświadczenie potwierdzające fakt opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne przez KUL wystawia kierownik DSSS

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1:

1. Administratorem danych przetwarzanych w związku z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne studentów i doktorantów jest Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II (adres: Al. Raławickie 14, 20 – 950 Lublin, adres e-mail: kul@kul.pl, numer telefonu: 81 445 41 01), reprezentowany przez Rektora.

2. Na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim Jana Pawła II powołany został inspektor ochrony danych (dane kontaktowe: adres e-mail: iod@kul.pl, numer telefonu **81 445 32 30**).

3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne.

4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych.

5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) ww. rozporządzenia.

6. Dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom.

7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:

- żądania dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych;

- wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Podanie danych osobowych wynika z art. 86 ust. 1 pkt 6 i 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938). Osoba, której dane dotyczą jest zobowiązana do podania tychże danych, gdy ubiega się o opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne przez Uniwersytet.

Zapoznałam/-em się z treścią powyższego.

.....

(data, podpis)