

**Note: The actual form has no English translations or comments (in blue). Fields marked with \*\*\* are obligatory**

**WNIOSEK O OBJĘCIE DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM  
W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA  
APPLICATION FOR VOLUNTARY HEALTH INSURANCE IN THE NATIONAL HEALTH FUND**

**UWAGA: WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, RĘCZNIE LUB ELEKTRONICZNIE**

**NOTE: FILL WITH CAPITAL LETTERS, BY HAND OR ELECTRONICALLY**

.....  
\*\*\*  
.....  
PESEL<sup>1</sup> NIP  
.....  
\*\*\*  
.....  
seria i numer dowodu osobistego lub paszportu / **the serial number of personal ID or passport**  
.....  
\*\*\*  
.....  
wydany przez / **issued by**  
.....  
\*\*\*  
.....  
imię i nazwisko, obywatelstwo / **first name and surname, citizenship**  
.....  
\*\*\*  
.....  
data urodzenia / **date of birth**  
*(put your Polish address here)*  
.....  
\*\*\*  
.....  
ulica, nr domu, nr mieszkania / **Street, house number, flat number**  
*(put your Polish address here)*  
.....  
\*\*\*  
.....  
kod pocztowy, miejscowość / **postal code, city**  
.....  
\*\*\*  
.....  
telefon kontaktowy, adres poczty elektronicznej / **phone number, email**

**Zgłaszani członkowie rodziny<sup>2,3</sup> / Family members reported for health insurance<sup>2,3</sup>**

1)	..... PESEL <sup>1</sup>	..... imię i nazwisko / <b>first name and surname</b>	..... stopień pokrewieństwa / <b>family relationship</b>
2)	..... PESEL <sup>1</sup>	..... imię i nazwisko / <b>first name and surname</b>	..... stopień pokrewieństwa / <b>family relationship</b>
3)	..... PESEL <sup>1</sup>	..... imię i nazwisko / <b>first name and surname</b>	..... stopień pokrewieństwa / <b>family relationship</b>
4)	..... PESEL <sup>1</sup>	..... imię i nazwisko / <b>first name and surname</b>	..... stopień pokrewieństwa / <b>family relationship</b>
5)	..... PESEL <sup>1</sup>	..... imię i nazwisko / <b>first name and surname</b>	..... stopień pokrewieństwa / <b>family relationship</b>

## Narodowy Funduszu Zdrowia

Zwracam się z prośbą o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia od dnia .....<sup>\*\*\*</sup>.....  
(dzień /day) (miesiąc/month) (rok/year)

*I request to be covered by voluntary health insurance in the National Health Fund from ...  
dd-mm-yyy.... (NOTE: this may be a present or an advanced date, eg. the beginning of next month).*

Oświadczam, że:

- 1) nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu;
- 2) okres, w którym nie podlegałem/łam ubezpieczeniu zdrowotnemu wynosi mniej niż 3 miesiące/  
wynosi ..... miesiące,<sup>3,4</sup>
- 3) zamieszkuję na terytorium RP.

*(Above: you state that you are not entitled for obligatory health insurance and that you live in Poland)*

Deklaruję miesięczny dochód w kwocie .....**NIE DOTYCZY**.....zł,  
słownie:.....zł.

*(Above: Monthly income declaration; fill "NIE DOTYCZY" - does not apply)*

Ponadto oświadczam, że zgłaszany przeze mnie członek rodziny<sup>3</sup>:

- 1) nie podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu;
- 2) jest uprawniony do zgłoszenia z tytułu:
  - a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka<sup>4</sup>,
    - do ukończenia przez nie 18 lat<sup>4</sup>,
    - do ukończenia przez nie 26 lat, jeżeli uczy się dalej w szkole lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej<sup>4</sup>,
    - bez ograniczenia wieku, jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi<sup>4</sup>,
  - b) małżonek<sup>4</sup>,
  - c) wstępny pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym<sup>4</sup>.

*(Above: statements about family members that are also reported for health insurance in Poland. Do contact the secretariat office for assistance if family members reside with you in Poland)*

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Narodowego Funduszu Zdrowia o zmianach jakie nastąpią w trakcie trwania ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, iż moje dane osobowe zbierane przez Narodowy Funduszu Zdrowia reprezentowany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z siedzibą w Warszawie przy ul. Chałubińskiego 8, są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

*(Above: Declaration that data given are true. Personal data protection clause)*

.....<sup>\*\*\*</sup>.....  
miejsce, data / place and date

.....<sup>\*\*\*</sup>.....  
podpis / signature

### Objaśnienia:

<sup>1</sup> w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu /  
in the case that a PESEL number was not issued, give the serial number of personal ID or passport

<sup>2</sup> w przypadku potrzeby należy rozszerzyć część dotyczącą zgłaszanych członków rodziny / expand if needed

<sup>3</sup> nie dotyczy osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1-4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych / does not apply to persons specified in art. 3 paragraph 2, points 1-4 of the act on healthcare services financed from public funds (this includes non-EU doctoral students)

<sup>4</sup> niepotrzebne skreślić / delete as appropriate