

POLITECHNIKA WARSZAWSKA

Zarządzenie nr 7 /2021
Rektora Politechniki Warszawskiej
z dnia 28 stycznia 2021 r.

w sprawie zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego studentów i doktorantów Politechniki Warszawskiej

Na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2020 r. poz. 85 z późn. zm.), w związku z art. 73 pkt 4 i art. 75 ust. 4 i 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 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.), zarządza się, co następuje:

§ 1

Politechnika Warszawska zgłasza do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego studentów i doktorantów posiadających obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu lub uznanych za osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji lub posiadających ważną Kartę Polaka, nie będących członkiem rodziny osoby ubezpieczonej lub nie posiadających innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 2

1. W celu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego student/doktorant składa wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym, zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 1 do zarządzenia, odpowiednio w dziekanacie podstawowej jednostki organizacyjnej lub w szkole doktorskiej i podpisuje się na aktualnie obowiązującym druku zgłoszeniowym ZUS.
2. Kierownik podstawowej jednostki organizacyjnej/kierownik studiów doktoranckich/kierownik szkoły doktorskiej potwierdza status studenta/doktoranta poprzez złożenie podpisu na aktualnie obowiązującym druku zgłoszeniowym ZUS.
3. Student/doktorant zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. W tym celu składa wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym członka rodziny, zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 2 do zarządzenia i podpisuje się na aktualnie obowiązującym druku zgłoszeniowym ZUS.
4. Politechnika Warszawska zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta oraz członków rodziny od dnia, w którym wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym został złożony.

§ 3

1. Ubezpieczony student/doktorant ma obowiązek niezwłocznie zgłosić fakt objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu siebie lub zgłoszonego członka rodziny zgodnie z załącznikiem nr 3 do zarządzenia.
2. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta wygasa z dniem ukończenia studiów/kształcenia na studiach doktoranckich/w szkole doktorskiej albo skreślenia z listy studentów/doktorantów.

3. W przypadku gdy student/doktorant zgłosił do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny, równocześnie z wyrejestrowaniem studenta/doktoranta zostaną wyrejestrowani członkowie rodziny.

§ 4

Podstawowe jednostki organizacyjne i szkoły doktorskie utrzymują aktualną listę studentów i doktorantów w systemie USOS. Zgłaszają na bieżąco do wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego absolwentów, którzy ukończyli kształcenie oraz osoby skreślone z listy studentów/doktorantów.

§ 5

Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego dokonują podstawowe jednostki organizacyjne, a w przypadku szkół doktorskich Biuro Spraw Osobowych na podstawie dokumentów przekazanych przez Dział Obsługi Doktorantów.

§ 6

Wygenerowane pliki zgłoszeniowe ZUS przekazywane są pocztą elektroniczną na adres zgloszeniaZUS@pw.edu.pl. Oryginały dokumentów (wnioski o zarejestrowanie i wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego oraz druki zgłoszeniowe ZUS) przekazywane są do Działu Płac celem ich bieżącej archiwizacji.

§ 7

Traci moc zarządzenie nr 26/1999 Rektora PW z dnia 28 grudnia 1999 r. w sprawie zasad i trybu wnoszenia odpłatności z tytułu ubezpieczeń zdrowotnych studentów i uczestników studiów doktoranckich.

§ 8

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

R E K T O R

prof. dr hab. inż. Krzysztof Zaremba

**Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym
studenta/doktoranta Politechniki Warszawskiej**

Podstawowa jednostka organizacyjna/szkoła

doktorska*:.....

Nr albumu

Student /Doktorant*

Nazwisko

Imiona

PESEL Data urodzenia.....

Kobieta/Mężczyzna*

Obywatelstwo**

Seria i numer

paszportu**

Adres zamieszkania

.....

Oddział NFZ.....

☐ Jestem rencistą

☐ Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu lekkim / umiarkowanym /
znacznym*

Proszę o objęcie mnie obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Oświadczam, że nie posiadam innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.

Oświadczam, że zawarte we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.
Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Politechniki Warszawskiej o wszelkich
zmianach mających wpływ na ubezpieczenie.

Przyjmuję do wiadomości, że Politechnika Warszawska wyrejestruje mnie z ubezpieczenia
zdrowotnego od dnia następnego po ukończeniu przeze mnie studiów/kształcenia na studiach
doktoranckich/w szkole doktorskiej lub skreślenia z listy studentów/doktorantów.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej RODO, dostępnej w
dziekanacie, Dziale Obsługi Doktorantów oraz na stronie internetowej Działu Płac
www.ca.pw.edu.pl/Kanclerz/Z-ca-Kanclerza-Kwestor/Dzial-Plac/Dokumenty-do-pobrania

.....

data

.....

podpis

*) niepotrzebne skreślić

**) dotyczy osób nie posiadających nr PESEL

**Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym
członka rodziny studenta/doktoranta Politechniki Warszawskiej**

Wnioskujący:

Nazwisko

Imię

PESEL Data urodzenia

Seria i numer paszportu**

Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwisko.....

Imię

PESEL Data urodzenia

Kobieta/Mężczyzna*

Seria i numer paszportu**

Adres zamieszkania

.....

Stopień pokrewieństwa***

Osoba zgłaszana do ubezpieczenia:

☐ posiada orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu lekkim / umiarkowanym
/znacznym*

☐ pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym

Oświadczam, że zawarte we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.
Zobowiązuję się do powiadomienia Politechniki Warszawskiej o wszelkich zmianach mających
wpływ na ubezpieczenie.

Przyjmuję do wiadomości, że ubezpieczenie zdrowotne członka rodziny wygasa z dniem
wyrejestrowania mnie z ubezpieczenia.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej RODO, dostępnej w
dziekanacie, Dziale Obsługi Doktorantów oraz na stronie internetowej Działu Płac
www.ca.pw.edu.pl/Kanclerz/Z-ca-Kanclerza-Kwestor/Dzial-Plac/Dokumenty-do-pobrania

.....

data

.....

podpis

*) niepotrzebne skreślić

**) dotyczy osób nie posiadających nr PESEL

***) stopnie pokrewieństwa: dziecko, małżonka/małżonek, wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie

**Wniosek o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego studenta/doktoranta
Politechniki Warszawskiej, członka rodziny**

Wnioskujący:

Nazwisko

Imię

PESEL

Data urodzenia

Seria i numer
paszportu**

W związku z uzyskaniem innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego proszę o
wyrejestrowanie
z dniem z ubezpieczenia zdrowotnego:

☐ wnioskującego (w przypadku wyrejestrowania studenta/doktoranta równocześnie
wyrejestrowywani są członkowie jego rodziny)

☐ członka rodziny:

Nazwisko

Imię

PESEL.....

Data urodzenia

Seria i numer
paszportu**

.....

data

.....

podpis

*) niepotrzebne skreślić

**) dotyczy osób nie posiadających nr PESEL