

**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY STUDENTA DOKTORANTA
POLITECHNIKI KRAKOWSKIEJ IM. TADEUSZA KOŚCIUSZKI
DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Dane studenta doktoranta objętego ubezpieczeniem zdrowotnym:

Organ zgłaszający – Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki	
Wydział	
Nazwisko	Imię/imiona
Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	
PESEL	Seria i nr: <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu*

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

Nazwisko	Imię/imiona
Data urodzenia (dd/mm/rrrr)	Stopień pokrewieństwa/powinowactwa**
PESEL	Seria i nr: <input type="checkbox"/> dowodu osobistego <input type="checkbox"/> paszportu*
Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (dd/mm/rrrr)	
Stopień niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> Tak (podkreślić właściwe: lekki, umiarkowany, znaczny) <input type="checkbox"/> Nie	Członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Adres zamieszkania (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego studenta/doktoranta – kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu i lokalu)	
Nr telefonu do kontaktu	

* dotyczy obcokrajowców

** małżonek/małżonka, dziecko własne, przysposobione lub dziecko małżonka, wnuk lub dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo 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/szkołę doktorską w ciągu 7 dni od daty zaistnienia tego faktu, składając pisemne oświadczenie o rezygnacji z dalszego obejmowania członka/członków rodziny moim ubezpieczeniem zdrowotnym (wzór nr 3 do Zasad i trybu zgłaszania studentów i doktorantów Politechniki Krakowskiej do ubezpieczenia zdrowotnego).

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

.....
(miejsowość i data)

.....
(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 Krakowska informuje, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych członków Pani/Pana rodziny jest Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki w Krakowie z siedzibą przy ul. Warszawskiej 24, 31-155 Kraków.
- 2) Administrator powołał na Politechnice Krakowskiej Inspektora Ochrony Danych Osobowych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: iodo@pk.edu.pl, a także telefonicznie pod nr 12 628 22 37.
- 3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym członków Pani/Pana rodziny.
- 4) Pani/Pana dane osobowe oraz dane członków Pani/Pana rodziny przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, tj. niezbędność przetwarzania danych do wykonywania prawnych obowiązków Administratora, wynikających m. in. z ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz innych obowiązujących Administratora przepisów, w tym w szczególności dotyczące obowiązków archiwizacyjnych i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 5) Pani/Pana dane osobowe oraz dane członków Pani/Pana rodziny będą przechowywane przez okres objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a później przez okres 5 lat, licząc od dnia 1 stycznia roku następnego po zakończeniu przez Panią/Pana kształcenia lub skreśleniu z listy studentów/doktorantów.
- 6) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i danych członków swojej rodziny oraz prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, usunięcia, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych – w przypadku uznania, że dane osobowe są przetwarzane przez Administratora z naruszeniem przepisów prawa.
- 7) Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych i danych członków swojej rodziny jest dobrowolne, jednakże niepodanie tych danych w wymaganym zakresie będzie skutkowało niemożnością objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.
- 8) Przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Politechnikę Krakowską danych osobowych zawartych we wniosku w celu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis studenta/doktoranta)

ADNOTACJE DZIEKANATU/SZKOŁY DOKTORSKIEJ

Data wpływu wniosku:

Podpis pracownika dziekanatu/Szkoły Doktorskiej: