

# 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](mailto: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](http://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](http://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