

Kraków, dnia

Imię i nazwisko:
Nr albumu:
Szkoła doktorska (etap):
PESEL lub rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości^{*1}:
Telefon komórkowy:
E-mail:
Adres do korespondencji:
Nr rachunku bankowego:

Dyrektor Szkoły Doktorskiej
Uniwersytet Jagielloński

.....

OŚWIADCZENIE

I. Oświadczam, że:

- 1) nie posiadam innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego / posiadam inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego^{*2};
- 2) kształcenie w szkole doktorskiej nie wiąże się z obowiązkiem zatrudnienia mnie na Uniwersytecie Jagiellońskim na podstawie umowy o pracę z wynagrodzeniem, którego wysokość przekracza wysokość wynagrodzenia profesora / kształcenie w szkole doktorskiej wiąże się z obowiązkiem zatrudnienia mnie na Uniwersytecie Jagiellońskim na podstawie umowy o pracę z wynagrodzeniem, którego wysokość przekracza wysokość wynagrodzenia profesora^{*};
- 3) nie przeszedłem/nie przeszłam pozytywnie oceny śródkresowej / przeszedłem/przeszłam pozytywnie ocenę śródkresową^{*};
- 4) nie posiadam prawa do emerytury / posiadam prawo do emerytury^{*};
- 5) nie posiadam prawa do renty / posiadam prawo do renty^{*};
- 6) nie posiadam ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności / posiadam ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (w stopniu lekkim/umiarkowanym/znacznym)^{*};
- 7) nie posiadam stopnia doktora / posiadam stopień doktora: nazwa uczelni, która nadała stopień doktora i data nadania:^{*};
- 8) nie otrzymywałem/nie otrzymywałam stypendium doktoranckiego / otrzymywałem/otrzymywałam stypendium doktoranckie w innej szkole doktorskiej; nazwa szkoły doktorskiej:
w w okresie od do^{*};
- 9) nie jestem jednocześnie doktorantem/doktorantką w innej szkole doktorskiej^{*}.

II. Wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym / Nie wnoszę o dobrowolne objęcie ubezpieczeniem chorobowym^{*3}.

III. Wnoszę o przekazywanie stypendium doktoranckiego na rachunek bankowy:

IV. Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym mojego dziecka/małżonka/wstępnych^{*} pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym / nie wnoszę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym mojego dziecka/małżonka/wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym^{*}.

Dane osoby zgłaszanej (dziecko/małżonek/wstępny^{*})

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr paszportu i data urodzenia (w przypadku cudzoziemców):

Imię drugie (jeżeli posiada):

Nazwisko rodowe (jeżeli była dokonywana zmiana nazwiska):

Obywatelstwo:

Stopień niepełnosprawności:

Czy pozostaje z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym: tak/nie* :

Adres zameldowania:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Gmina:

Ulica:

Nr domu / Nr mieszkania:

Adres zamieszkania (jeżeli inny niż zameldowania):

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Gmina:

Ulica:

Nr domu / Nr mieszkania:

Oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem faktycznym. 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.

V. Upoważniam pracownika Uczelni do podpisania druku zgłoszeniowego do ubezpieczenia społecznego / ubezpieczenia zdrowotnego w moim imieniu.

VI. Oświadczam, że skutki prawne i finansowe błędnie wypełnionego Oświadczenia lub niepoinformowanie o wszelkich zmianach mających wpływ na obowiązek ubezpieczenia **w terminie 2 dni** od daty powstania tych zmian obciążają mnie jako doktoranta.

Kraków, dnia

.....
Podpis doktoranta/doktorantki

* niepotrzebne skreślić

¹ Dotyczy osób podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego lub społecznego.

² Dotyczy osób posiadających obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (np. stosunek pracy, umowa zlecenie, działalność gospodarcza, podleganie jako członek rodziny do 26. roku życia) – art. 66 ust. 1 pkt 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).

³ Na podstawie art. 11 ust. 2 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 7b, art. 16 ust. 2 oraz art. 22 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1230, z późn. zm.) doktorant podlega ubezpieczeniu chorobowemu na swój wniosek i opłaca składki z własnych środków w wysokości 2,45 % wymiaru składek (wysokości stypendium).

Na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2022 r. poz. 1732, z późn. zm.) w związku z art. 209 ust. 6 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2023 r. poz. 742, z późn. zm.) doktorantowi nie przysługuje prawo do świadczeń w razie choroby i macierzyństwa w okresie, za który zachowuje prawo do stypendium doktoranckiego, w tym w okresie zawieszenia kształcenia na wniosek doktoranta na okres odpowiadający czasowi trwania urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego oraz urlopu rodzicielskiego.

Zgodnie z art. 7 w związku z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa po okresie 90 dni podlegania ubezpieczeniu chorobowemu doktorantowi przysługuje prawo do świadczeń w razie choroby i macierzyństwa po ustaniu tytułu do ubezpieczenia.