**WNIOSEK O WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO STUDENTA/CZŁONKA RODZINY[[1]](#footnote-1)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko | Imię | Numer albumu |
| PESEL | Paszport (dot. cudzoziemców) |  |  |

**I. DATA WYREJESTROWANIA Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

|  |
| --- |
| …………/…………/……………………(dd /mm /rrrr) |

**II.** **POWÓD REZYGNACJI Z OBJĘCIA UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM** *(podkreślić właściwe)*

* Uzyskanie prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu
* Ukończenia studiów
* Skreślenia z listy studentów
* Inny (podać jaki)………………………………………………………………………………**.**

**Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy (-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

……………………… ………………………

 data podpis

1. W przypadku wyrejestrowania z ubezpieczenia studenta następuje wyrejestrowanie członków rodziny studenta jeśli byli zgłoszeni do ubezpieczenia. [↑](#footnote-ref-1)