WNIOSEK O WYREJESTROWANIE Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO STUDENTA/CZŁONKA RODZINY[1]

Akademia Nauk Stosowanych im. Józefa Gołuchowskiego
ul. Akademicka 12, 27-400 Ostrowiec Św.

Nazwisko	Imię	Numer albumu
Pesel		

Proszę o wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego

I. DATA WYREJESTROWANIA Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

...../...../..... (dd /mm /rrrr)

II. POWÓD REZYGNACJI Z OBJĘCIA UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM *(zakreślić 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

Wypełnia Uczelnia

Data wpływu wniosku	Data wyrejestrowania z ubezpieczenia/nr zestawu

[1] W przypadku wyrejestrowania z ubezpieczenia studenta następuje wyrejestrowanie członków rodziny studenta jeśli byli zgłoszeni do ubezpieczenia.