**REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

**I. Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonego  studenta  doktoranta.**

Dane ubezpieczonego:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko i Imię**:  Twoje imię i nazwisko | **Data urodzenia**:  Wpisz datę urodzenia |
| **PESEL:**  Podaj numer PESEL | |
| **Seria i nr** paszportu\*  Jeśli jesteś obcokrajowcem podaj numer i serię paszportu | |

\*w przypadku obcokrajowców

Oświadczam, że z dniem Wybierz datę rezygnacji rezygnuję z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ przez Uniwersytet Jagielloński z powodu:

rezygnacji ze studiów,

skreślenia z listy studentów/doktorantów,

ukończenia studiów,

uzyskania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.

30.08.2020

…………………………………………. …..……………………………………………

*(data) (czytelny podpis)*

**II. Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny ubezpieczonego** Wybierz swój status na uczelni**.**

Dane ubezpieczonego:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko i Imię**:  Podaj imię i nazwisko ubezpieczonego | **Data urodzenia**:  Wpisz datę urodzenia |
| **PESEL:**  Podaj numer PESEL | |
| **Seria i nr** paszportu\*  Podaj podaj numer i serię paszportu jeśli dotyczy | **Stopień pokrewieństwa**:  Wybierz stopień pokrewieństwa |

\*w przypadku obcokrajowców

Dane członka rodziny podlegającego wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko i Imię**:  Podaj imię i nazwisko ubezpieczonego | **Data urodzenia**:  Wpisz datę urodzenia |
| **PESEL:**  Podaj numer PESEL | |
| **Seria i nr** paszportu\*  Podaj podaj numer i serię paszportu jeśli dotyczy | **Stopień pokrewieństwa**:  Wybierz stopień pokrewieństwa |

\*w przypadku obcokrajowców

Oświadczam, że z dniem Wybierz datę rezygnacji ww. członek mojej rodziny uzyskał inny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego w związku z czym zgłaszam jego rezygnację z ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ przez Uniwersytet Jagielloński.

30.08.2020

…………………………………………. …..……………………………………………

*(data) (czytelny podpis)*