**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)*