.……………………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko

…………………………………………………………………………………………

Adres

………………………………………………………………………………………..

Numer PESEL

(lub seria i nr paszportu dla osób nieposiadających PESEL)

……………………………………………………………………………………….

Numer telefonu

**OŚWIADCZENIE**

W związku z zawartą dnia ……………………… umową dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego nr……………………. informuję, że\*:

1. ukończyłem/am studia, staż, kurs języka polskiego z dniem………………………………………………,
2. nie opłacałem/am w terminie określonym w umowie składek na ubezpieczenie dobrowolne,
3. posiadam obowiązkowy tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego (praca, rejestracja w urzędzie pracy, inne) od dnia……………………………………….,
4. utraciłem/am tytuł pobytowy w Polsce (karta pobytu, wiza, inne)
5. inne………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zobowiązuję się do wyrejestrowania umowy z dniem………………………………..w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) na drukach ZUS ZWUA i ZUS ZWPA (ZUS ZCNA w przypadku zgłoszonych członków rodziny).

 ……………………………………………………………………………….

 Data i czytelny podpis

\*Zaznaczyć właściwe

Proszę o udzielenie odpowiedzi na:

* Adres ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* Adres e-mail……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Załączniki:**

* kopia dyplomu lub zaświadczenia z uczelni o utracie statusu studenta/zakończenia stażu/zakończenia kursu języka polskiego/kursu przygotowawczego do podjęcia nauki w języku polskim
* kopie dowodów opłacenia wszystkich składek z tytułu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego lub zaświadczenia z ZUS o opłaconych składkach
* kopia druku zgłoszeniowego ZUS ZUA lub zaświadczenia od płatnika składek/ZUS/KRUS
* kopia dokumentu potwierdzającego okres posiadania tytułu pobytowego
* inne ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ Telefoniczna Informacja Pacjenta

ul. Szkolna 16, 20-124 Lublin 24 h na dobę 7 dni w tygodniu

tel. 81 531 05 00 e-mail: tip@nfz.gov.pl tel. 800 190 590