…………………………………………

miejscowość, data

Imię i nazwisko ......................................................

Adres…………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………….

PESEL …………………………………………………………………..

seria i numer paszportu (dla osób nie posiadających PESEL)……………………………………………………………………

numer telefonu……………………………………………………

LUBELSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI

NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

**ZAWIADOMIENIE O REZYGNACJI Z UMOWY DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO nr ………………..………… z dnia ……..…………………………………. roku**

Na podstawie § 9 ust. 1 ww. umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia informuję, że rezygnuję z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Ostatnim dniem obowiązywania umowy jest 1………………………….………………………………………….

Zobowiązuję się do wyrejestrowania w ZUS z datą……………………………… umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego w ciągu 7 dni na drukach ZUS ZWUA, ZUS ZCNA (dotyczy zgłoszonych członków rodziny) i ZUS ZWPA.

......................................................................

czytelny podpis

WAŻNE:

**Umowa nie może zostać rozwiązana z datą wcześniejszą niż data wpływu zawiadomienia do Narodowego Funduszu Zdrowia.**

**Zawiadomienie wypełnij tylko jeśli twoja umowa wcześniej nie wygasła**

*- English version on the back -*

place, date…………………………………

First and last name: ...............................................

Address: ……………………………………………………………..

……………………………………………………………………………

PESEL (Polish national identification number): ……………………………………………………………..

passport series and number (for individuals without a PESEL number) ……………………………………………………………..

phone number ……………………………………………………………..

LUBLIN VOIVODESHIP BRANCH

OF THE NATIONAL HEALTH FUND

**NOTICE OF WITHDRAWAL FROM THE VOLUNTARY HEALTH INSURANCE AGREEMENT No. ………………..………… of …..……………………………… (date)**

Pursuant to § 9 (1) of the aforementioned Agreement concluded with the National Health Fund, I hereby inform you of my withdrawal from the voluntary health insurance.

The final date of the agreement term is 1………………………….……………………………

I undertake to deregister at a ZUS branch with date…………………………..within 7 days [of the termination] of the voluntary health insurance agreement using forms ZUS ZWUA and ZUS ZCNA (for registered family members) and ZUS ZWPA.

......................................................................

legible signature

IMPORTANT:

**The Agreement may not be terminated with an earlier date than the date of the National Health Fund's receipt of the notice.**

**Complete the notification only if your contract has not expired earlier**

- Wersja w języku polskim na odwrocie -