

.....
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