

.....
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

- English version on the back -

.....
First and last name

.....
Address

.....
PESEL (Polish national identification number):
(or passport series and number for individuals without a PESEL number)

.....
Phone number

DECLARATION

In relation to the voluntary health insurance agreement No. concluded on,
I confirm that*:

1. I completed higher education studies, an internship, a Polish language course on
2. in the period specified in the agreement, I did not pay voluntary health insurance contributions,
3. I have had obligatory health insurance coverage (work, registration at the employment office, other) since,
4. I have lost my residence title in Poland (residence card, visa, other)
5. other

I undertake to deregister the agreement with date..... at
the Social Insurance Institution (ZUS) using forms ZUS ZWUA and ZUS ZWPA (ZUS ZCNA for
registered family members).

.....
(Date and legible signature)

*Select appropriate

Please reply to my:

- ☐ address
- ☐ e-mail address.....

Appendices

- ☐ copy of the diploma or certificate from a higher education institution confirming the loss of the student status / completion of an internship / completion of a Polish language course / preparatory course for studying in the Polish language
- ☐ copies of receipts for all contributions payable as part of the voluntary health insurance agreement or a certificate from ZUS confirming that the contributions have been paid
- ☐ copy of the registration form ZUS ZUA or a certificate from the contributions payer / ZUS/KRUS
- ☐ copy of the document confirming the period of possession of the residence title
- ☐ other