



Imię i nazwisko

Warszawa, dn. _____ / _____ r.

adres

OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU

Oświadczam, że:

1. Jako członek rodziny pozostaję na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu *

podpis

2. zostałem/am zgłoszony/a do ubezpieczenia zdrowotnego (poza Collegium Varsoviense z tytułu innego niż pozostawanie na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu

podpis

3. posiadam stopień niepełnosprawności

nie dotyczy

lekki

umiarkowany

znaczny

W razie zmiany stanu faktycznego, o którym mowa w oświadczeniu przeze mnie podpisanym, niezwłocznie złożę w dziekanacie za pokwitowaniem pismo zawierające stosowną informację.

Niniejsze oświadczenie, sporządzone zostało w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Collegium Varsoviense, a drugi osoba podpisująca oświadczenie

podpis

*Uwaga: Pozostawianie studenta na wyłącznym utrzymaniu członka rodziny możliwe jest do ukończenia 26 lat.

Po ukończeniu 26 roku życia i niepodleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu należy zgłosić ten fakt w dziekanacie.

Ograniczenie wieku nie dotyczy studentów niepełnosprawnych w znacznym stopniu.