

**Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym
członka rodziny studenta/doktoranta Politechniki Warszawskiej**

Wnioskujący:

Nazwisko

Imię

PESEL Data urodzenia

Seria i numer paszportu**

Zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwisko.....

Imię

PESEL Data urodzenia

Kobieta/Mężczyzna*

Seria i numer paszportu**

Adres zamieszkania

Stopień pokrewieństwa***

Osoba zgłaszana do ubezpieczenia:

☐ posiada orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu lekkim / umiarkowanym
/znacznym*

☐ pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym

Oświadczam, że zawarte we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.
Zobowiązuję się do powiadomienia Politechniki Warszawskiej o wszelkich zmianach mających
wpływ na ubezpieczenie.

Przyjmuję do wiadomości, że ubezpieczenie zdrowotne członka rodziny wygasa z dniem
wyrejestrowania mnie z ubezpieczenia.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej RODO, dostępnej w
dziekanacie, Dziale Obsługi Doktorantów oraz na stronie internetowej Działu Płac
www.ca.pw.edu.pl/Kanclerz/Z-ca-Kanclerza-Kwestor/Dzial-Plac/Dokumenty-do-pobrania

.....
data

.....
podpis

*) niepotrzebne skreślić

**) dotyczy osób nie posiadających nr PESEL

***) stopnie pokrewieństwa: dziecko, małżonka/małżonek, wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym
gospodarstwie