WNIOSEK / ZGŁOSZENIE O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM CHOROBOWYM STUDENTA/DOKTORANTA WAT

NAZWISKO*.....

IMIĘ (pierwsze i drugie).....

PESEL.....

DATA URODZENIA.....

NAZWISKO RODOWE.....

OBYWATELSTWO.....

1) ADRES zameldowania

.....
KOD POCZTOWY MIEJSCOWOŚĆ DZIELNICNGMINA

ul..... nr domu.....nr lok.....

2) ADRES zamieszkania

.....
KOD POCZTOWY MIEJSCOWOŚĆ DZIELNICNGMINA

ul..... nr domu.....nr lok.....

Proszę o zgłoszenie do UBEZPIECZENIA CHOROBOWEGO od…….

TYTUŁ UBEZPIECZENIA [1] student / doktorant studia: stacjonarne / niestacjonarne

Data rozpoczęcia studiów WAT.....

Wydział .....

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdy lub zatajenia prawdy. Jednocześnie **zobowiązuję niezwłocznie poinformować WAT** o zmianie moich danych.

……
(czytelny podpis, data, miejscowość)

Objaśnienia:
* Wypełnić czytelnie DRUKOWANYMI LITERAMI / niepotrzebne skreślić
[1] Tytuł ubezpieczenia (odpowiednie podkreślić)