

.....
(imię i nazwisko)

Poznań, dnia.....

Proszę o zgłoszenie przy moim ubezpieczeniu zdrowotnym członka rodziny

..... z dniem
(stopień pokrewieństwa – np. współmałżonek, dziecko* itp.)

Dane członka rodziny

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię Nazwisko

Adres zamieszkania:

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

Czy pozostaje z osobą ubezpieczoną we wspólnym gospodarstwie domowym TAK / NIE

Czy posiada stopień niepełnosprawności TAK / NIE

*W przypadku chęci zgłoszenia dziecka w wieku powyżej 18 roku życia przy swoim ubezpieczeniu zdrowotnym oświadczam, że dziecko jest osobą uczącą się (uczy się dalej w szkole lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeśli dziecko ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku). Po ustaniu w/w warunków zobowiązuję się niezwłocznie wyrejestrować.

Zobowiązuję się do poinformowania wyżej wymienionej osoby o Administratorze danych.
Informacje znajdują się na stronie <https://amuz.edu.pl/rodo/>

.....
podpis

Proszę o wyrejestrowanie z mojego ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny

z dniem.....:

.....
(współmałżonek, dziecko itp.)

.....
(imię i nazwisko)

.....
podpis