**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](http://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