

**WOJSKOWA AKADEMIA TECHNICZNA**  
**im. Jarosława Dąbrowskiego**  
**w Warszawie**

**OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU\***

Ja, niżej podpisany,

*nazwisko* ..... *imię* .....

adres zameldowania na pobyt stały: *kod* ..... *poczta* .....

*województwo* ..... *mięscowość* .....

*ulica* ..... *nr domu* ..... *nr mieszkania* .....

oświadczam (zaznacz właściwy kwadrat), że:

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

☐

lub

2. Zostałem(am) zgłoszony(a) do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu innego niż pozostawanie na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu.

☐

W razie zmiany stanu faktycznego, o którym mowa w niniejszym oświadczeniu, niezwłocznie złożę w Akademii (właściwym dziekanacie) pismo zawierające stosowną informację.

Warszawa, dnia ..... 200.....r.

Podpis .....

\* Dotyczy kandydatów na studia niestacjonarne.

\*\* Pozostawanie studenta na wyłącznym utrzymaniu członka rodziny możliwe jest do ukończenia 26 lat; ograniczenie wieku nie dotyczy studentów niepełnosprawnych w znacznym stopniu.