**Oświadczenie**

* Oświadczam, że zostałam/zostałem\* poinformowana/poinformowany\* przez pracowników Biura Wymiany Akademickiej o **konieczności ubezpieczenia się** na czas podróży i pobytu na wyjeździe służbowym za granicą.
* Pracownicy Biura Wymiany Akademickiej służą pomocą w uzyskaniu **ubezpieczenia zdrowotnego** **ważnego w krajach UE** – uzyskania karty EKUZ (Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego) w przypadku złożenia wniosku o delegowanie za granicę wraz   
  z wnioskiem do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) o wydanie zaświadczenia A1   
  **w terminie** **min.** **1 miesiąca przed planowanym wyjazdem**. Oświadczam, że zostałam/zostałem\* poinformowana/poinformowany\* o zasadności wykupienia dodatkowego ubezpieczenia NNW i OC we własnym zakresie.
* Zostałam/zostałem\* poinformowana/poinformowany\* o **konieczności** ubezpieczenia się na czas podróży i pobytu na wyjeździe służbowym **w krajach nie będących członkami UE** – wykupienia indywidualnego prywatnego ubezpieczenia o równorzędnym zakresie jak   
  w przypadku ubezpieczenia zdrowotnego (EKUZ). Oświadczam, że zostałam/zostałem\* poinformowana/poinformowany\* o zasadności wykupienia dodatkowego ubezpieczenia NNW i OC we własnym zakresie.
* Oświadczam, że zostałam/zostałem\* poinformowana/poinformowany\* o **konieczności** wykupienia ubezpieczenia zdrowotnego oraz o zasadności dodatkowego ubezpieczenia NNW   
  i OC **we własnym zakresie**, w przypadku złożenia wniosku o delegowanie za granicę   
  **w terminie krótszym niż** **1 miesiąc przed planowanym wyjazdem.**
* W przypadku braku ubezpieczenia zdrowotnego w polskim NFZ, zobowiązuję się do wykupienia indywidualnego prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego.
* Zobowiązuję się do zapoznania z zakresem swojego ubezpieczenia.
* Przed planowanym wyjazdem służbowym za granicę zobowiązuję się do dostarczenia kopii ubezpieczenia do Biura Wymiany Akademickiej (I piętro, p. 107, budynek Biblioteki Głównej UP w Lublinie).

………………………………..

*(data i czytelny podpis)*

\*niepotrzebne skreślić