

# FORMULARZ DO UBEZPIECZEŃ

Nazwisko: ..... Imiona: .....  
..... pierwsze imię ..... drugie imię .....

NIP				-				-				PESEL																	
-----	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Paszport, seria i numer, data ważności (dotyczy obcokrajowców)

Urząd Skarbowy .....

Nazwisko rodowe ..... Obywatelstwo.....

Data urodzenia ..... Wykształcenie .....

## DANE DOTYCZĄCE ADRESU ZAMIESZKANIA

kod pocztowy ..... miejscowość .....

ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

województwo ..... powiat ..... gmina .....

Bank i numer konta bankowego .....

Oddział NFZ .....

## OŚWIADCZENIE DO UBEZPIECZEŃ

1. Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że posiadam prawo do:

- **emerytury NIE / TAK\*** nr emerytury ..... (kopia decyzji przyznania)

- **świadczenia przedemerytalnego NIE / TAK\*** nr świadczenia... ..... (kopia decyzji przyznania)

- **renty NIE / TAK\*** nr renty..... (kopia decyzji przyznania)

renta przyznana od dnia ..... do dnia .....

Nazwa instytucji przekazującej świadczenie emerytalne, przedemerytalne, rentowe\*: .....

- posiadam stopień niepełnosprawności **NIE / TAK\*** (lekki, umiarkowany, znaczny\* - kopia orzeczenia o niepełnosprawności )

- umowę o pracę **NIE / TAK\*** i osiągam przychód miesięczny w wysokości niższej / równej / wyższej od wynagrodzenia minimalnego

- umowę -zlecenie **NIE / TAK\*** i osiągam przychód miesięczny w wysokości niższej / równej / wyższej od wynagrodzenia minimalnego

3. Prowadzę pozarolniczą **działalność gospodarczą NIE / TAK\***

z tego tytułu opłacam składki na ubezpieczenia społeczne w pełnej wysokości **NIE / TAK\***

z tego tytułu opłacam składki tylko na ubezpieczenie zdrowotne **NIE/ TAK\***

5. Jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy **NIE/TAK\*** w ..... numer ewidencyjny .....

6. Czy ubezpieczony zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny? **TAK / NIE \*** Jeżeli **TAK** proszę wypełnić załącznik nr 1 do formularza : „Dane o członkach rodziny ubezpieczonego”

Oświadczam, że zobowiązuje się poinformować na piśmie Pracodawcę/Zleceniodawcę o każdej zmianie w stosunku do powyższych danych w nieprzekraczalnym terminie 5 dni. Dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Oświadczenie jest integralną częścią umowy i wiąże strony w czasie jej obowiązywania.

KOD ZAWODU:

\* zakreślić właściwą odpowiedź

.....  
**PODPIS UBEZPIECZONEGO**