

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..... (kopią decyzji przyznania)

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

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

renta przyniesiona od dnia do dnia

- 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***

NIE/ TAK*

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

[Home](#) | [About Us](#) | [Services](#) | [Contact Us](#)

5. Jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzadzie Pracy **NIE/TAK*** wnumer 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 zobowiązuję 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