

FORMULARZ DO UBEZPIECZEŃ

Nazwisko: Imiona:
 pierwsze Imię drugie Imię

PESEL											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Urząd Skarbowy
 Nazwisko rodowe Obywatelstwo
 Data urodzenia miejsce urodzenia Wykształcenie

DANE DOTYCZĄCE ADRESU ZAMELDOWANIA (stałe miejsce pobytu)

Kod pocztowy Miejscowość
 Ulica Nr domu Nr lokalu
 Województwo Powiat Gmina

Czy adres zamieszkania jest inny niż zameldowania ? **TAK / NIE*** Jeżeli tak, podać adres poniżej.

DANE DOTYCZĄCE ADRESU ZAMIESZKANIA :

Bank i numer konta bankowego
 Oddział N F Z

OŚWIADCZENIE DO UBEZPIECZEŃ

- 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
 - posiadam stopień niepełnosprawności **NIE / TAK*** (lekki, umiarkowany, znaczny* - kopia zaświadczenia o stopniu niepełnosprawności)
- Jestem zatrudniony(a) w innej firmie na:
 - umowę o pracę **NIE / TAK*** i osiągam przychód miesięczny w wysokości równej lub wyższej minimalnemu wynagrodzeniu o pracę,
 - umowę zlecenie **NIE / TAK*** i osiągam przychód miesięczny w wysokości równej lub wyższej minimalnemu wynagrodzeniu o pracę,
- 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***
- Posiadam inne dochody **NIE / TAK**** i osiągam przychód miesięczny w wysokości równej
 (wymienić jakie)
 lub wyższej minimalnemu wynagrodzeniu o pracę,
- Jestem uczniem **NIE / TAK***
 (wymienić nazwę szkoły i rok nauki)
 jestem studentem **NIE / TAK***
 (wymienić nazwę uczelni i rok nauki)
 numer legitymacji studenckiej nie ukończyłem 26 roku życia.
- Jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy **NIE/TAK*** w numer ewidencyjny
- Czy ubezpieczony zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny? **TAK / NIE *** Jeżeli **TAK** proszę wypełnić załącznik nr 1 do formularza : „ Dane o członkach rodziny ubezpieczonego”
- Zleceniobiorca** nie wnosi / wnosi* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu umowy zlecenia.

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.

* zakreślić właściwą odpowiedź



DATA I PODPIS UBEZPIECZONEGO