

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

FORMULARZ DO UBEZPIECZEŃ

Nazwisko: Imiona:
pierwsze imię drugie imię

Nazwisko rodowe Obywatelstwo

Data urodzenia Miejsce urodzenia Wykształcenie

Urząd Skarbowy w

DANE DOTYCZĄCE ADRESU ZAMIESZKANIA (stałe miejsce pobytu)

Województwo Powiat Gmina

Kod pocztowy Miejscowość Ulica

Nr domu Nr lokalu, telefon e-mail:

Oddział NFZ:

OŚWIADCZENIE DO UBEZPIECZEŃ

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

- **emerytury NIE/TAK*** nr emerytury
- **świadczenia przedemerytalnego NIE/TAK*** nr świadczeni
- **renty NIE/TAK*** nr rentyrenta przyznana od dnia
do dnia
- **posiadam stopień niepełnosprawności NIE/TAK*** (lekki, umiarkowany, znaczny*, kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności),

2. Jestem zatrudniony(a) w innej firmie na:

- **umowę o pracę NIE/TAK*** i osiągam wynagrodzenie miesięczne w wysokości **zł brutto** w firmie KRAJ
- **umowę zlecenie NIE/TAK*** i osiągam wynagrodzenie miesięczne w wysokości **zł brutto** w firmie KRAJ

(nazwa i adres firmy)

3. Prowadzę **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***
- z tego tytułu podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników w KRUS **NIE/TAK***

4. **Jestem uczniem NIE/TAK*** (w załączeniu zaświadczenie)

(wymienić nazwę szkoły)

5. **Jestem studentem NIE/TAK*** (w załączeniu zaświadczenie)

(wymienić nazwę uczelni)

6. Jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy **NIE/TAK*** w

7. Czy ubezpieczony zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny? **NIE/TAK***: (jeżeli TAK proszę wypełnić poniższą tabelę).

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Stopień pokrewieństwa	Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym? (NIE/TAK) <i>jeśli NIE, podać adres zamieszkania</i>	Czy posiada stopień niepełnosprawności? (NIE/TAK) <i>jeśli TAK, proszę podać stopień niepełnospr.</i>

8. **Zleceniobiorca nie wnosi/wnosi*** o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu umowy zlecenia.

O Ś W I A D C Z E N I A

- Oświadczam, że zobowiązuję się poinformować na piśmie Pracodawcę/Zleceniodawcę o każdej zmianie w stosunku do powyższych danych **w nieprzekraczalnym terminie 7 dni**.
- Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
- Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przekazanie drogą elektroniczną deklaracji podatkowej PIT-11 (PIT-8) oraz rocznej informacji dla osoby ubezpieczonej na adres e-mail**

Oświadczenia są integralną częścią umowy i wiążą strony w czasie jej obowiązywania.

.....
DATA I PODPIS PRACOWNIKA/ZLECENIOBIORCY

* zakreślić właściwą odpowiedź