# FORMULARZ DO UBEZPIECZEŃ

Nazwisko: .....Imiona: ..... .....
pierwsze Imię drugie Imię

| NIP | | | | - | | | | - | | | - | | | PESEL | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Dowód osobisty seria i numer.....

Urząd Skarbowy .....

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

Imię ojca .....Imię matki ..... .....

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

**DANE DOTYCZĄCE ADRESU ZAMELDOWANIA** (stałe miejsce pobytu)

Kod pocztowy .....Miejscowość .....

Ulica . .....Nr domu .....Nr lokalu .....

Województwo .....Powiat .....Gmina ..... telefon .....

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

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 .....

   - posiadam stopień niepełnosprawności **NIE / TAK*** ( lekki, umiarkowany, znaczny* - kopia zaświadczenia o stopniu niepełnosprawności )
2. Jestem zatrudniony(a) w innej firmie na:

   umowę o pracę **NIE / TAK*** i osiągam przychód miesięczny w wysokości **brutto**.....zł

   w firmie.....
   ( nazwa i adres firmy)

   umowę -zlecenie **NIE / TAK*** i osiągam przychód miesięczny w wysokości **brutto**.....zł

   w firmie.....
   ( nazwa i adres firmy)
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***
4. Posiadam inne dochody **NIE / TAK*** .....miesięcznie brutto w kwocie.....zł
   (wymienić jakie)
5. 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.
6. Jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy **NIE/TAK*** w .....numer ewidencyjny .....
7. Czy ubezpieczony zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny? **TAK / NIE** * Jeżeli **TAK** proszę wypełnić załącznik nr 1 do formularza : „ **Dane o członkach rodziny ubezpieczonego**"
8. **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 ◯ **PODPIS UBEZPIECZONEGO**