

DANE UBEZPIECZONEGO

Dane osobowe

Imię		Nazwisko	
Data urodzenia		PESEL	
Posiadam obywatelstwo polskie	☐ tak	☐ nie	
Posiadam prawo do emerytury	☐ tak	☐ nie	
Posiadam prawo do renty	☐ tak	☐ nie	
Posiadam stopień niepełnosprawności:	☐ lekki	☐ umiarkowany	☐ znaczný
Okres orzeczenia o niepełnosprawności:			
Okres, na jaki przyznano rentę/emeryturę:			
Podlegam pod NFZ:			
Podlegam pod Urząd Skarbowy:			

Adres zamieszkania

Kod pocztowy		Pocztą	
Miejscowość		Ulica	
Numer domu		Numer mieszkania	
Powiat		Województwo	

Adres do korespondencji (na ten adres będzie wysyłana korespondencja, o ile zostanie podany)

Kod pocztowy		Pocztą	
Miejscowość		Ulica	
Numer domu		Numer mieszkania	
Powiat		Województwo	

DOTYCZY WYŁĄCZNIE OSÓB NA UMOWACH ZLECENIA

Proszę o zgłoszenie mnie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego	☐ tak	☐ nie	
--	------------------------------	------------------------------	--

Miejscowość data		Podpis osoby	
------------------	--	--------------	--

