

# DANE UBEZPIECZONEGO

## Dane osobowe

Imię		Nazwisko	
Data urodzenia		PESEL	
Posiadam obywatelstwo polskie		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Posiadam prawo do emerytury		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Posiadam prawo do renty		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Posiadam stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> znaczny
Okres orzeczenia o niepełnosprawności:			
Okres, na jaki przyznano rentę/emeryturę:			
Podlegam pod NFZ:			
Podlegam pod Urząd Skarbowy:			

## Adres zamieszkania

Kod pocztowy		Poczta	
Miejscowość		Ulica	
Numer domu		Numer mieszkania	
Powiat		Województwo	

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

Kod pocztowy		Poczta	
Miejscowość		Ulica	
Numer domu		Numer mieszkania	
Powiat		Województwo	

## Ubezpieczenie chorobowe

Proszę o zgłoszenie mnie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Pracuję na etacie z wynagrodzeniem w wysokości co najmniej minimalnej krajowej. <b>Poinformuję Zleceniodawcę jeśli w którymkolwiek miesiącu moje wynagrodzenie będzie niższe.</b>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

## Numer rachunku bankowego do wypłaty wynagrodzenia

Bank i numer konta	
--------------------	--

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

