

ANKIETA do ubezpieczeń - ZLECENIE

dla osób nie będących pracownikami SPWSZ w Szczecinie

NAZWISKO

IMIĘ

I. DANE IDENTYFIKACYJNE

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NIP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(dotyczy tylko osób prowadzących dział. gosp.)

II. DANE EWIDENCYJNE :

Drugie imię

Nazwisko rodowe

Obywatelstwo

Imię ojca.....

Imię i nazwisko rodowe matki.....

III. TYTUŁ UBEZPIECZENIA (zaznaczyć znakiem x właściwy kwadrat):

Mam ustalone prawo do:

Emerytury

--	--

TAK

NIE

Renty

--	--

TAK

NIE

Nr emerytury / renty:

Data przyznania emerytury / renty

Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności

--	--

TAK

NIE

data przyznania st. niepełnosprawności

IV. ADRES (adres zamieszkania i do korespondencji wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż zameldowania).

Zameldowania

Zamieszkania

Korespondencyjny

	Zameldowania	Zamieszkania	Korespondencyjny
Kod
Miejscowość
Gmina
Powiat
poczta
Ulica
Nr domu
Nr mieszkania
Nr tel.lub e-mail

V. ODDZIAŁ NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Kod Oddziału NFZ.....

VI. DANE O ZATRUDNIENIU (zaznaczyć x wszystkie dotyczące kwadraty):

Emeryt / rencista	
Pracownik innego zakładu, którego podstawa składek na ubezpieczenia społeczne jest równa lub wyższa od kwoty 1.850,00 zł miesięcznie	
Pracownik innego zakładu, którego podstawa składek na ubezpieczenia społeczne jest niższa niż kwota 1.850,00 zł miesięcznie	
Osoba wykonująca umowę zlecenia u zleceniodawcy innego niż SPWSZ, opłacająca składki na ubezpieczenia społeczne od kwoty min. 1850 zł miesięcznie	
Osoba wykonująca umowę zlecenia u zleceniodawcy innego niż SPWSZ, nie opłacająca składek na ubezpieczenia społeczne lub opłacająca składki od kwoty niższej niż 1850 zł m-nie (należy podać od jakiej kwoty)	
Student lub uczeń szkoły ponadpodstawowej nie mający 26 lat	

Student lub uczeń szkoły ponadpodstawowej mający ponad 26 lat	
Osoba prowadząca pozarolniczą dział. gospodarczą	opłacająca składki na ubezpiecz. emerytalne i rentowe od minimalnej podstawy
	opłacająca składki na ubezpiecz. emerytalne i rentowe na preferencyjnych zasadach
	nie opłacająca składek na ubezpiecz. emerytalne i rentowe
Osoba przebywająca na urlopie wychowawczym	
Osoba pobierająca zasiłek macierzyński / rodzicielski	
Inne:	

Uwaga : osoby, których łączna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emer.-rent. nie przekracza 1850 zł proszone są o kontakt ze Specjalistą ds. Płac, tel. 91 813 9052

VII. UBEZPIECZENIA DOBROWOLNE (zaznaczyć znakiem x właściwy kwadrat):

Wnoszę o dobrowolne ubezpieczenie emerytalno-rentowe

Wnoszę o dobrowolne ubezpieczenie chorobowe (jeśli ubez. emer. i rent. jest obowiązkowe)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAK

NIE

VIII. MIEJSCE WYKONYWANIA UMOWY (zaznaczyć znakiem x właściwy kwadrat) :

Praca wykonywana w siedzibie lub miejscu prowadzenia działalności zleceniodawcy	<input type="checkbox"/>
Praca wykonywana poza siedzibą lub miejscem prowadzenia działalności zleceniodawcy	<input type="checkbox"/>

Dane dotyczące członków rodziny/czyli osoby pozostającej na wyłącznym utrzymaniu Ubezpieczonego, zgłaszanych do ubezpieczenia

1.Małżonek, 2.Dziecko/do ukończenia 18 lat, a jeżeli kształci się do 26 lat/, 3.Dziecko niepełnosprawne (bez ograniczenia wieku)

L.p.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	PESEL	Adres zamieszkania	Stopień pokrew.	Uwagi

IX. OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY :

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Zobowiązuję się powiadomić zleceniodawcę o wszelkich zmianach do ww. ankiety, a w szczególności o zmianie wynagrodzenia mającego wpływ na podleganie ubezpieczeniom społecznym.

.....
miejscość i data

.....
podpis zleceniobiorcy

X. UPOWAŻNIENIE

Upoważniam pracownika Działu Kadr i Płac SPWSZ do podpisania w moim imieniu dokumentów związanych z zarejestrowaniem i wyrejestrowaniem z ubezpieczeń społecznych i/lub zdrowotnych.

.....
podpis osoby upoważniającej

UWAGA: należy wypełnić czytelnie wszystkie kolejne punkty ankiety. Nie wypełnienie choćby jednego spowoduje zwrot ankiety i przesunięcie terminu zawarcia umowy.

Wszelkie zmiany mające wpływ na ubezpieczenie należy niezwłocznie zgłosić w Dziale Kadr i Płac.

Wypełnia Dział Kadr i Płac SPWSZ:

Imię i Nazwisko Zleceniobiorcy:

Na podstawie ankiety zgłoszono do ubezpieczenia:

Rodzaj ubezpieczenia:	obowiązkowe	dobrowolne
Emerytalne		
Rentowe		
Chorobowe		
Wypadkowe		
Zdrowotne		
Kod tytułu ubezpieczenia: (6 znaków)		

Podlega / nie podlega zgłoszeniu do FEP od dnia

.....

Podlega wykreśleniu z rejestru FEP od dnia:

.....

Data i podpis pracownika DKP: