

ANKIETA do ubezpieczeń

NAZWISKO

IMIĘ.....

I. DANE IDENTYFIKACYJNE

Data urodzenia

Miejsce urodzenia.....

PESEL

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

W przypadku, gdy brak numeru PESEL– wpisać nr dowodu osobistego lub paszportu,

Dowód osobisty seria i nr

Paszport seria i nr

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.

--	--

 data przyznania st. niepełnosprawności

TAK NIE

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

	Zameldowania	Zamieszkania	Korespondencyjny
Gmina
Poczta
Miejscowość
Kod
Ulica
Nr domu
Nr mieszkania
Nr tel./fax

V. ODDZIAŁ NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Nazwa

VI. OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA :

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 pracodawcę o wszelkich zmianach do ww. ankiety.

.....
miejscowość i data

.....
podpis pracownika

VII. UPOWAŻNIENIE

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

.....
podpis osoby upoważniającej

VIII. Dane dotyczące członków rodziny/czyli osoby pozostającej na wyłącznym utrzymaniu Ubezpieczonego.

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

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 Pracownika:

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: