

# **OŚWIADCZENIE DO UBEZPIECZEŃ**

1. Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że posiadam prawo do:

- emerytury NIE/ TAK\* .....
- świadczenia przedemerytalnego NIE / TAK\* .....
- renty NIE/TAK\* .....
- posiadam stopień niepełnosprawności NIE / TAK\* ( lekki, umiarkowany, znaczny)

2. Jestem zatrudniony(a) w innej firmie na:

- umowę o pracę NIE / TAK\*
- umowę -zlecenie NIE / TAK\*

**Podstawa składek społecznych wynosi mniej/więcej\* niż minimalne wynagrodzenie za pracę.**

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. Jestem uczniem NIE / TAK \* .....  
(wymienić nazwę szkoły i rok nauki)

jestem studentem NIE / TAK\* .....  
(wymienić nazwę uczelni i rok nauki )

5. Ukończyłem 26 roku życia NIE / TAK\*

6. Jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy NIE/TAK\*

7. czy ubezpieczony zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny? TAK / NIE \*

Jeżeli TAK proszę podać dane członków rodziny ubezpieczonego (imię i nazwisko, rodzaj pokrewieństwa, PESEL, stopień niepełnosprawności)

.....  
.....

8. Zleceniobiorca nie wnosi / wnosi\* o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu umowy zlecenia.

.....

(Data i podpis ubezpieczonego)

\*niepotrzebne skreślić

**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.**