

.....
Pieczęćka płatnika składek [1]

ZAŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK
Przed wypełnieniem należy zapoznać się z pouczeniem
 (wypełnia płatnik składek)

DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek) (1)

02. Numer REGON (1)

03. Numer PESEL

04. Rodzaj dokumentu
tożsamości: jeśli dowód
osobisty, wpisać 1, jeśli
inny dokument – 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię

(1) Należy wpisać numery NIP i REGON, a jeżeli nie nadano tych numerów albo jednego z nich, należy wpisać numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

DANE ADRESOWE PŁATNIKA SKŁADEK – ADRES SIEDZIBY

01. Kod pocztowy

 -

02. Poczta

03. Gmina/Dzielnica

04. Miejscowość

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu (1)

09. Symbol państwa (2)(3)

10. Zagraniczny kod pocztowy (2)

11. Nazwa państwa (2)

12. Adres poczty elektronicznej (1)

(1) Podanie numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej nie jest obowiązkowe.

(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO

01. Numer PESEL (1)

02. Rodzaj dokumentu
tożsamości: jeśli dowód
osobisty, wpisać 1, jeśli
inny dokument – 2

03. Seria i numer dokumentu

04. Nazwisko

05. Imię

06. Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO – ADRES ZAMIESZKANIA

01. Kod pocztowy

02. Poczta

 –

03. Gmina/Dzielnica

04. Miejscowość

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Symbol państwa (1)(2)

09. Zagraniczny kod pocztowy (1)

10. Nazwa państwa (1)

(1) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

(2) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

Ubezpieczony:

występuje o: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

 zasiłek chorobowy zasiłek opiekuńczy zasiłek macierzyński świadczenie rehabilitacyjneza okres od: Data od (dd/mm/rrrr)do: Data do (dd/mm/rrrr)seria i numer
zaśw. lek. [2]za okres od: Data od (dd/mm/rrrr)do: Data do (dd/mm/rrrr)seria i numer
zaśw. lek. [2]za okres od: Data od (dd/mm/rrrr)do: Data do (dd/mm/rrrr)seria i numer
zaśw. lek. [2]

1. Jest objęty: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

– ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa (ubezpieczenie chorobowe)

 TAK NIE

– ubezpieczeniem z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (ubezpieczenie wypadkowe)

 TAK NIE

jako: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

- 1) osoba wykonująca pozarolniczą działalność,
- 2) osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność,
- 3) duchowny.

2. Niezdolność do pracy powstała z powodu: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

 choroby zawodowej wypadku przy pracy wypadku w drodze do pracy lub z pracy

Dokumentem potwierdzającym jest:

 decyzja karta wypadku

nr

z dnia

Data (dd/mm/rrrr)

