

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY DLA CELÓW
UBEZPIECZENIOWYCH
DO UMOWY ZLECENIA nr z dnia**

DANE OSOBOWE ZLECENIOBIORCY

1. Nazwisko:
2. Imię (imiona):
3. Data i miejsce urodzenia:
4. Obywatelstwo:
5. PESEL:

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

ADRES ZAMIESZKANIA DLA CELÓW UBEZPIECZENIOWYCH

1. Miejscowość
2. Kod pocztowy

		-			
--	--	---	--	--	--
3. Ulica nr domu nr mieszkania
4. Województwo
5. Kraj

ADRES DO KORESPONDENCJI (gdy adres do korespondencji nie jest tożsamy z adresem zamieszkania)

1. Miejscowość
2. Kod pocztowy

		-			
--	--	---	--	--	--
3. Ulica nr domu nr mieszkania
4. Województwo
5. Kraj

OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY

Oświadczam, że:

1. **Jestem / nie jestem*** jednocześnie zatrudniona/ny na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej (bez względu na wymiar czasu pracy i osobę pracodawcy)

Moje wynagrodzenie miesięczne ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi*:

- co najmniej wynagrodzenie minimalne,
- mniej niż wynagrodzenie minimalne.

Przebywam / nie przebywam* na urlopie bezpłatnym od.....do.....

2. **Jestem / nie jestem*** jednocześnie ubezpieczona/ny (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) jako osoba wykonująca pracę nakładczą; umowę zlecenia lub agencyjną w okresie od.....do.....

Moje wynagrodzenie miesięczne z tytułu pracy nakładczej, umowy zlecenia lub agencyjnej w kwocie brutto wynosi*:

- co najmniej wynagrodzenie minimalne,
- mniej niż wynagrodzenie minimalne.

3. **Jestem / nie jestem*** jednocześnie ubezpieczona/ny (ubezpieczenie emerytalne i rentowe) jako osoba prowadząca działalność gospodarczą.

Moja podstawa wymiaru składek z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej wynosi*:

- co najmniej wynagrodzenie minimalne,
- mniej niż wynagrodzenie minimalne.

4. **Jestem / nie jestem*** emerytem lub rencistą - nr świadczenia ZUS

5. **Posiadam / nie posiadam*** orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu na okres od do

6. **Jestem / nie jestem*** uczniem szkoły ponadpodstawowej/studentem I lub II stopnia i nie ukończyłam/łem 26 lat.

7. **Przebywam / nie przebywam*** na urlopie macierzyńskim/wychowawczym* od.....do.....

8. **Wnoszę / nie wnoszę*** o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

* niewłaściwe skreślić

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

Zobowiązuję się do poinformowania na piśmie Zleceniodawcy w terminie 3 dni od dnia wystąpienia wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

.....
(data i podpis Zleceniobiorcy)