

FORMULARZ DO UBEZPIECZEŃ

Nazwisko: imiona; pierwsze imię..... drugie imię.....

PESEL																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia
Nazwisko rodowe..... Obywatelstwo.....
Wykształcenie.....
Dowód osobisty - seria i numer.....
Urząd Skarbowy

DANE DOTYCZĄCE ADRESU ZAMELDOWANIA

Kod pocztowy Miejscowość.....
Ulica Nr domu Nr lokalu.....
Województwo Powiat..... Gmina telefon.....*

Czy adres zamieszkania jest inny niż zameldowania ? TAK / NIE* Jeżeli tak, podać adres poniżej.

DANE DOTYCZĄCE ADRESU ZAMIESZKANIA :

Kod pocztowy Miejscowość.....
Ulica Nr domu Nr lokalu.....
Województwo Powiat..... Gmina telefon.....*

Bank i numer konta bankowego.....
Oddział N F Z

.....
(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.