

FORMULARZ DO UBEZPIECZEŃ

Nazwisko: Imiona:
pierwsze Imię drugie Imię

NIP PESEL

Dowód osobisty seria i numer.....

Urząd Skarbowy

Nazwisko rodowe..... Obywatelstwo.....

Imię ojca Imię matki

Data urodzenia.....miejsce urodzenia Wykształcenie.....

DANE DOTYCZĄCE ADRESU ZAMELDOWANIA (stałe miejsce pobytu)

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 :.....

Bank i numer konta bankowego.....

Oddział N F Z

OŚWIADCZENIE DO UBEZPIECZEŃ

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

- emerytury NIE / TAK* nr emerytury.....(kopia decyzji przyznania)

- świadczenia przedemerytalnego NIE / TAK* nr świadczenia.....(kopia decyzji przyznania)

- renty NIE / TAK* nr renty(kopia decyzji przyznania)

renta przyznana od dniado dnia

- posiadam stopień niepełnosprawności NIE / TAK* (lekki, umiarkowany, znaczny* - kopia zaświadczenia o stopniu niepełnosprawności)

2. Jestem zatrudniony(a)

na podstawie umowy o pracę za wynagrodzeniem miesięcznym równym lub wyższym od minimalnego wynagrodzenia za pracę NIE / TAK* (jeśli zaznaczono TAK podać datę podjęcia zatrudnienia), i osiągam przychód miesięczny w wysokości brutto.....zł

w
(nazwa i adres pracodawcy)

na podstawie innej umowy zlecenia/o dzieło, od której są potrącane składki emerytalno-rentowe NIE / TAK*

i osiągam przychód miesięczny w wysokości brutto.....zł

w
(nazwa i adres zleceniodawcy)

3. Prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą NIE / TAK*

z tego tytułu opłacam składki na ubezpieczenia społeczne w pełnej wysokości od podstawy wymiaru wynoszącej co najmniej 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia (tj. w 2018 roku 2.665,80zł) **NIE /TAK***

z tego tytułu opłacam składki tylko na ubezpieczenie zdrowotne **NIE/ TAK***

4. Jestem objęty(a) obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi z innego tytułu (jakiego?)

NIE/TAK*

5. Posiadam inne dochody **NIE / TAK*** miesięcznie brutto w kwocie zł
(wymienić jakie)

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

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

numer legitymacji studenckiej..... nie ukończyłem 26 roku życia.

7. Jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy **NIE/TAK*** w numer ewidencyjny

8. Przebywam na:

- urlopie wychowawczym **NIE/TAK***(podać datę od kiedy do kiedy)

- urlopie bezpłatnym **NIE/TAK***(podać datę od kiedy do kiedy)

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

10. Zleceniobiorca **nie wnosi/wnosi*** o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu umowy zlecenia.

Zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana.

Oświadczam, że zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania na piśmie Pracodawcy/Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia w terminie nie później niż 5 dni od zaistnienia zmiany oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku konieczności objęcia niniejszej umowy obowiązkową składką na ubezpieczenie emerytalne oraz rentowe i/lub zdrowotne Pracodawca/Zleceniodawca dokona takiego zgłoszenia oraz naliczy stosowne składki, które zostaną potrącone z mojego wynagrodzenia oraz przekazane do ZUS.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że nieprawidłowe wypełnienie oraz nieterminowe złożenie oświadczenia/powiadomienia o zmianie danych osobowych lub sytuacji zawodowej może uniemożliwić poprawną i terminową realizację wypłaty lub spowodować nieprawidłowości w dokumentacji zgłoszeniowej, bądź rozliczeniowej względem ZUS, co może skutkować koniecznością złożenia korekty i uregulowaniem należnych zobowiązań (w tym odsetek), którymi zostaną obciążony/a.

Oświadczenie jest integralną częścią umowy i wiąże strony w czasie jej obowiązywania.

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE z dnia 27 kwietnia 2016 r. (DZ. Urz. UE L 119 z 04. 05. 2016), zwanego dalej „**RODO**”, informujemy, że:

1) Administratorem danych osobowych przetwarzającym Pani / Pana dane osobowe Caritas Diecezji Kószalińsko-Kołobrzesckiej, ul. ks. Bpa Czesława Domina 8, 75-061 Koszalin.

2) Pani / Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonywania zadań w ramach umowy zlecenia na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO w związku z treścią art. 734–751 Kodeksu cywilnego.


3) Pani / Pana dane osobowe mogą być udostępniane odbiorcom upoważnionym do ich otrzymywania na podstawie przepisów prawa i odrębnych umów ze zobowiązaniem do dalszego przetwarzania danych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

4) Pani / Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu realizacji umowy, w tym w celach księgowych, sprawozdawczych i analitycznych, zaś zgoda na przetwarzanie danych wyrażona jest na czas niezbędny dla realizacji umowy i obowiązku archiwizacji.

5) Posiada Pan / Pani prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia tych danych ze zbioru zgodnie z obowiązującymi przepisami lub ograniczenia przetwarzania.

6) Podanie przez Pana/Panią danych jest dobrowolne i może zostać w dowolnym momencie wycofane. Jednak odmowa ich podania uniemożliwia realizację umowy, a późniejsze wycofanie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych do czasu wycofania zgody.

7) Ma Pan / Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez administratora.

* zakreślić właściwą odpowiedź w następujący sposób → 

.....
DATA I PODPIS UBEZPIECZONEGO/ZLECENIOBIORCY