

OŚWIADCZENIE

1. UBEZPIECZENIE EMERYTALNO – RENTOWE:

☐ oświadczam, że nie posiadam (składkowego i nieskładkowego) okresu ubezpieczenia odpowiednio 20-letniego przez kobietę i 25 - letniego przez mężczyznę;

☐ oświadczam, że posiadam (składkowego i nieskładkowego) okresu ubezpieczenia odpowiednio 20-letniego przez kobietę i 25 - letniego przez mężczyznę;

2. UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE:

☐ oświadczam, że nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu;

☐ oświadczam, że podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu:

.....
(wpisać tytuł ubezpieczenia zdrowotnego)

3. UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE WSPÓŁMAŁŻONKA:

☐ pozostaje w stosunku pracy;

☐ prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą;

☐ pobiera rentę (z ZUS, KRUS lub z innej instytucji);

☐ pobiera emeryturę (z ZUS, KRUS lub z innej instytucji);

☐ jest zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy;

☐ pobiera zasiłek przedemerytalny/świadczenie przedemerytalne (z ZUS, KRUS lub innej instytucji);

☐ pobiera nauczycielskie świadczenie kompensacyjne;

☐ pobiera zasiłek chorobowy/świadczenie rehabilitacyjne/zasiłek macierzyński (z ZUS, KRUS lub z innej instytucji);

☐ posiada inny tytuł ubezpieczenia zdrowotnego:.....

.....
w związku z czym posiadam możliwość podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z w/w tytułu.

Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis członka rodziny składającego oświadczenie)