

DANE PERSONALNE

Nazwisko i imię	
Płeć	K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adres zamieszkania <i>(ulica, kod pocztowy, miejscowość, gmina, województwo)</i>	
Data urodzenia	
PESEL NIP <i>(w przypadku braku jednego z nich – seria i numer dowodu osobistego lub paszportu)</i>	
Oddział NFZ właściwy ze względu na miejsce zamieszkania na terytorium RP <i>(w przypadku braku miejsca zamieszkania na terytorium RP Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ)</i>	
Obywatelstwo	
Kraj pochodzenia renty *	

OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

1. Posiadam ubezpieczenie zdrowotne TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
2. Podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu: <input type="checkbox"/> zatrudnienia <input type="checkbox"/> emerytury/renty <input type="checkbox"/> działalności gospodarczej <input type="checkbox"/> inne

WSZELKIE ZMIANY WYMAGAJĄ FORMY PISEMNEJ

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby pobierającej rentę zagraniczną)

WYPEŁNIA PRACOWNIK PLACÓWKI SPRZEDAŻOWEJ:

- -

(data wpływu pierwszej renty/ data powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego)

.....
(czytelny podpis pracownika)

* wskazanie Danii lub Wielkiej Brytanii wymaga uzupełnienia. Przepisy o zwolnieniu z obowiązku poboru składki na ubezpieczenie zdrowotne nie dotyczą rent z obszaru: Grenlandii, Wysp Owczych, Wysp Normandzkich: Jersey, Guernsey, Alderney, Herm, Sark i Wyspy Man.