

Wniosek o dobrowolne ubezpieczenie chorobowe

[MIEJSCOWOŚĆ], [DATA]

[IMIĘ I NAZWISKO]

PESEL: [NUMER PESEL]

[ADRES ZAMIESZKANIA]

[E-MAIL / TELEFON]

[NAZWA ZLECENIODAWCY / PŁATNIKA SKŁADEK]

[ADRES PŁATNIKA]

WNIOSEK O OBJĘCIE DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIEM CHOROBOWYM

Na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych wnoszę o zgłoszenie mnie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu umowy zlecenia nr [OZNACZENIE UMOWY] z dnia [DATA UMOWY].

Proszę o objęcie mnie tym ubezpieczeniem od dnia [DATA OBJĘCIA] oraz o wykazanie właściwego kodu tytułu ubezpieczenia w zgłoszeniu ZUS ZUA.

Oświadczam, że z powyższego tytułu podlegam obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, a do ubezpieczenia chorobowego przystępuję dobrowolnie, na własny wniosek.

[PODPIS]

Wariant dla osoby prowadzącej działalność: pismo kierujesz do właściwego oddziału ZUS, a zgłoszenia ZUS ZUA dokonujesz jako własny płatnik - samodzielnie, np. przez PUE ZUS (eZUS).