

Oświadczenie Pracodawcy o czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego



WYPEŁNIA PRACODAWCA

Prosimy o wypełnienie wszystkich wymaganych punktów

Pieczęć zakładu pracy

--

1. Imię i nazwisko Ubezpieczonego:	
2. Pesel:	
3. Data zatrudnienia:	
4. Podstawa zatrudnienia:	
5. Czy pracownik jest funkcjonariuszem służby mundurowej?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6. Kwota uposażenia zasadniczego wraz z dodatkami o charakterze stałym (wartość netto), należna w miesiącu/ach obejmującym/ch zgłaszaną niezdolność do pracy Ubezpieczonego (bez potrąceń z tytułu zasiłku chorobowego):	
Podać miesiąc/e i kwotę/y:	
7. Okres przebywania na zwolnieniu lekarskim:	
8. Czy w związku ze zgłaszaną niezdolnością do pracy Ubezpieczony zgłaszał wypadek przy pracy lub w drodze do i z pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
9. Czy w związku ze zgłaszaną niezdolnością do pracy Ubezpieczony otrzymał 80% uposażenia?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
10. Data rozwiązania stosunku pracy:	
Powyższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.	

Miejscowość, data

podpis Pracodawcy