

dokument powinien być wygenerowany nie wcześniej niż w dniu wypełnienia formularza wniosku refundacyjnego

Kartoteka ubezpieczonego

Dane identyfikacyjne

Nazwisko:	
Imię:	
Data urodzenia:	
PESEL:	
Dokument tożsamości:	
Aktualne ubezpieczenie:	Tak

Dane ewidencyjne

Nazwisko rodowe:	
Płeć:	

Adres zameldowania

Kod pocztowy:	
Miejscowość:	
Gmina/dzielnica:	
Ulica:	
Numer domu:	
Numer lokalu:	
Nr telefonu:	

Dane ubezpieczenia

Okres ubezpieczenia:	od 2013-11-01 do 2016-06-30
Kod tytułu ubezpieczenia:	011000
Tytuł ubezpieczenia:	pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu
Prawo do emerytury lub renty:	osoba, która nie ma ustalonego prawa do emerytury lub renty
Stopień niepełnosprawności:	osoba nieposiadająca orzeczenia o niepełnosprawności lub osoba, która posiada orzeczenie i nie przedłożyła go płatnikowi składek

Rodzaje ubezpieczeń	Ubezpieczenie obowiązkowe
Emerytalne	Tak
Rentowe	Tak
Chorobowe	Tak
Wypadkowe	Tak
Zdrowotne	Tak

Dane ubezpieczeniaOkres ubezpieczenia: **od 2016-10-24**

Kod tytułu

ubezpieczenia: **011000**Tytuł ubezpieczenia: **pracownik podlegający ubezpieczeniom
społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu**

Prawo do emerytury lub

renty: **osoba, która nie ma ustalonego prawa do emerytury
lub renty**

Stopień

niepełnosprawności: **osoba nieposiadająca orzeczenia o
niepełnosprawności lub osoba, która posiada
orzeczenie i nie przedłożyła go płatnikowi
składek**

Rodzaje ubezpieczeń	Ubezpieczenie obowiązkowe
Emerytalne	Tak
Rentowe	Tak
Chorobowe	Tak
Wypadkowe	Tak
Zdrowotne	Tak

Dane NFZData zgłoszenia: **2016-10-24**Oddział NFZ: **14R - WARMIŃSKO-MAZURSKI ODDZIAŁ
WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDR****Dane kartoteki**Zsynchronizowana: **Tak**Data synchronizacji: **2025-07-03**Zablokowana: **Nie**