

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

Kartoteka ubezpieczonego

Dane identyfikacyjne

Nazwisko: [REDACTED]
Imię: [REDACTED]
Data urodzenia: [REDACTED]
PESEL: [REDACTED]
Dokument tożsamości: [REDACTED]
Aktualne ubezpieczenie: **Tak**

Dane ewidencyjne

Nazwisko rodowe: [REDACTED]
Płeć: [REDACTED]

Adres zameldowania

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

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**