

ZGŁOSZENIE REKLAMACJI DO INFORMACJI O STANIE KONTA OSOBY UBEZPIECZONEJ

Rok (rrrr):
Za rok:

/ / /
Identyfikator informacji o stanie konta [1]

MIEJSCE ZŁOŻENIA PISMA

01. ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH - ODDZIAŁ / INSPEKTORAT w:

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO

01. Numer PESEL (1)

02. Rodzaj dokumentu
tożsamości: jeśli dowód
osobisty, wpisać 1, jeśli
paszport - 2

03. Seria i numer dokumentu

04. Nazwisko

05. Imię

06. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO - ADRES ZAMIESZKANIA

01. Kod pocztowy

02. Poczta

03. Gmina / Dzielnica

04. Miejscowość

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu (1)

09. Symbol państwa (2)(3)

10. Zagraniczny kod pocztowy (2)

11. Nazwa państwa (2)

(1) Podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe.

(2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski.

(3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.

PRZYCZYNY REKLAMACJI: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐

1. Brak informacji

☐

2. Otrzymanie więcej niż
jednej informacji

☐

3. Nieprawidłowe dane
identyfikacyjne ubezpieczonego

☐

4. Nieprawidłowe dane adresowe
ubezpieczonego

☐

5. Brak składki (w
wysokości nominalnej)

☐

6. Nieprawidłowa wysokość
składki (w wysokości nominalnej)

☐

7. Brak kwoty składek należnych
na OFE

☐

8. Nieprawidłowa wysokość
składek należnych na OFE

☐

9. Brak kwoty składek
odprowadzonych do OFE

☐

10. Nieprawidłowa wysokość
składek odprowadzonych do OFE

☐

11. Brak kwoty
zwaloryzowanych składek

☐

12. Nieprawidłowa wysokość
zwaloryzowanych składek

☐

13. Brak kwoty zwaloryzowanego
kapitału początkowego

☐

14. Nieprawidłowa wysokość
zwaloryzowanego kapitału
początkowego

☐

15. Inne

.....

.....

.....

Numer pola (podać odpowiedni numer pola z bloku PRZYCZYNY REKLAMACJI):

Okres zatrudnienia od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK W ODNIESIENIU DO PRZYCZYNY REKLAMACJI

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL

04. Nazwa skrócona

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

Numer pola (podać odpowiedni numer pola z bloku PRZYCZYNY REKLAMACJI):

Okres zatrudnienia od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK W ODNIESIENIU DO PRZYCZYNY REKLAMACJI

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL

04. Nazwa skrócona

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

Numer pola (podać odpowiedni numer pola z bloku PRZYCZYNY REKLAMACJI):

Okres zatrudnienia od: Data od (dd / mm / rrrr): do: Data do (dd / mm / rrrr):

DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK W ODNIESIENIU DO PRZYCZYNY REKLAMACJI

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL

04. Nazwa skrócona

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

Okres zatrudnienia od:

--	--	--	--	--	--

 Data od (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--

 do:

--	--	--	--	--	--

 Data do (dd / mm / rrrr):

--	--	--	--	--	--

02. Numer REGON

--	--

[illegible][illegible][illegible][illegible]

a.

--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--

 /

--	--

b.

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--

 /

--	--

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

..... (Miejscowość) (Data: dd / mm / rrrr) (Podpis)

strona: 3/3