**INFORMACJA O OKRESACH UBEZPIECZENIA, ZATRUDNIENIA LUB PRACY NA WŁASNY RACHUNEK W KRAJACH UE/EOG I SZWAJCARII**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Osobowy numer identyfikacyjny za granicą** |  |

**Ostatni adres w kraju poprzedniego ubezpieczenia (za granicą)**

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Region |  |
| Kraj |  |

**Całkowity okres ubezpieczenia za granicą**

|  |  |
| --- | --- |
| Data początkowa |  |
| Data końcowa |  |

**Okres zatrudnienia za granicą (pierwszy pracodawca)**

|  |  |
| --- | --- |
| Data początkowa |  |
| Data końcowa |  |
| Rodzaj zatrudnienia  | 🞏 zatrudnienie 🞏 samozatrudnienie |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pracodawcy |  |
| Numer identyfikacyjny pracodawcy |  |
| Adres pracodawcy |
| Ulica |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Region |  |
| Kraj |  |

**Okres zatrudnienia za granicą (kolejny pracodawca)**

|  |  |
| --- | --- |
| Data początkowa |  |
| Data końcowa |  |
| Rodzaj zatrudnienia  | 🞏 zatrudnienie 🞏 samozatrudnienie |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pracodawcy |  |
| Numer identyfikacyjny pracodawcy |  |
| Adres pracodawcy |
| Ulica |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Region |  |
| Kraj |  |

**Okres zatrudnienia za granicą (kolejny pracodawca)**

|  |  |
| --- | --- |
| Data początkowa |  |
| Data końcowa |  |
| Rodzaj zatrudnienia  | 🞏 zatrudnienie 🞏 samozatrudnienie |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pracodawcy |  |
| Numer identyfikacyjny pracodawcy |  |
| Adres pracodawcy |
| Ulica |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Region |  |
| Kraj |  |

**Okres choroby za granicą traktowany jako okres ubezpieczenia**

|  |  |
| --- | --- |
| Data początkowa |  |
| Data końcowa |  |
| Nazwa instytucji ubezpieczeniowej |  |
| Adres instytucji ubezpieczeniowej |  |
| Ulica |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Region |  |
| Kraj |  |

**Okres macierzyństwa za granicą traktowany jako okres ubezpieczenia**

|  |  |
| --- | --- |
| Data początkowa |  |
| Data końcowa |  |
| Nazwa instytucji ubezpieczeniowej |  |
| Adres instytucji ubezpieczeniowej |  |
| Ulica |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Region |  |
| Kraj |  |

**Okres pozbawienia wolności za granicą traktowany jako okres ubezpieczenia**

|  |  |
| --- | --- |
| Data początkowa |  |
| Data końcowa |  |
| Nazwa zakładu karnego |  |
| Adres zakładu karnego |  |
| Ulica |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Region |  |
| Kraj |  |

**Okres edukacji za granicą traktowany jako okres ubezpieczenia**

|  |  |
| --- | --- |
| Data początkowa |  |
| Data końcowa |  |

**Okres służby wojskowej za granicą traktowany jako okres ubezpieczenia**

|  |  |
| --- | --- |
| Data początkowa |  |
| Data końcowa |  |

**Inny okres za granicą traktowany jako okres ubezpieczenia**

|  |  |
| --- | --- |
| Data początkowa |  |
| Data końcowa |  |
| Rodzaj okresu traktowanego jako okres ubezpieczenia |  |
| Nazwa instytucji ubezpieczeniowej |  |
| Adres instytucji ubezpieczeniowej |  |
| Ulica |  |
| Miejscowość , Kod pocztowy |  |
| Region |  |
| Kraj |  |

**Okres pobierania zasiłku dla bezrobotnych za granicą**

|  |  |
| --- | --- |
| Data początkowa |  |
| Data końcowa |  |
| Numer identyfikacyjny |  |
| Nazwa lokalnej instytucji ubezpieczeniowej (urzędu wypłacającego zasiłek za granicą ) |  |
| Adres lokalnej instytucji ubezpieczeniowej (urzędu wypłacającego zasiłek za granicą ) |  |
| Ulica |  |
| Miejscowość , Kod pocztowy |  |
| Region |  |
| Kraj |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Podpis |

Załączniki do informacji\*:

1. zagraniczne świadectwa pracy potwierdzone za zgodność z oryginałem
2. dokumenty potwierdzające wysokość osiąganego wynagrodzenia
3. paski wypłat, rozliczenia, jarografy potwierdzone za zgodność z oryginałem
4. druki P45, P60 potwierdzone za zgodność z oryginałem
5. dokumenty potwierdzające okres ubezpieczenia, choroby, macierzyństwa, pobierania zasiłku
6. …………………………………………………………………………………………...

*\*Proszę zaznaczyć dokumenty, które zostały załączone do niniejszej informacji*