

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

<b>Imię</b>	
<b>Nazwisko</b>	

<b>Osobowy numer identyfikacyjny za granicą</b>	
---	--

**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	<input type="checkbox"/> zatrudnienie <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> zatrudnienie <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> zatrudnienie <input type="checkbox"/> 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	

Załącznik nr 2 do wniosku o ustalenie prawa do zasiłku na zasadach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego

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, jaroграфy 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*