

**UMOWA O ZABEZPIECZENIU SPOŁECZNYM
MIĘDZY REPUBLIKĄ KOREI A RZECZĄPOSPOLIĄ POLSKĄ**

FORMULARZ ŁĄCZNIKOWY

/ Do:	/Z: National Pension Service International Center 9 th Floor Youngpoong Building Cheonggyecheon-ro Jongno-gu Seoul 110-752 KOREA
--------------	--

CZĘŚĆ A.			/ INFORMACJE O OSOBIE UBEZPIECZONEJ		
1. / Nazwisko i imiona	2. / Data urodzenia	Sprawdzone przez NPS <input type="checkbox"/>		/M /D /R	
/ Imiona / Ostatnie					
3. /Aktualny adres	4. /Miejsce urodzenia				
5. /Koreański Krajowy Numer Emerytalny	6. / Polski numer identyfikacyjny				

CZĘŚĆ B.			/ INFORMACJE O WNIOSKODAWCY		
(/ Do wypełnienia tylko w przypadku, gdy wnioskodawca jest inny niż osoba ubezpieczona)					
1. / Nazwisko i imiona	2. / Data urodzenia	Sprawdzone przez NPS <input type="checkbox"/>		/M /D /R	
/ Imiona / Ostatnie					
3. /Aktualny adres (/Kod pocztowy)	4. /Miejsce urodzenia				
5. /Koreański Krajowy Numer Emerytalny	6. / Polski numer identyfikacyjny				
7. /Jeżeli osoba ubezpieczona zmarła				8. / Stoień pokrewieństwa z osobą ubezpieczoną	
a) /Data zgonu /M /D /R	b) /Miejsce zgonu				
9. /Jeżeli wnioskodawcą jest małżonek(ka) osoby ubezpieczonej					
a) /Rodzaj związku małżeńskiego			b) /Data ślubu		
<input type="checkbox"/> /Prawny <input type="checkbox"/> /Według prawa zwyczajowego			/M /D /R		Sprawdzone przez NPS <input type="checkbox"/>

CZĘŚĆ C.

/ INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ KOREĘ

1. /Data wniosku: /M /D /R2. /
Okresy ubezpieczenia2.1 /
Okresy składkowe

/ Od		/ Do		/	
/miesiąc	/rok	/miesiąc	/rok	/górnik	/rybak
()/ Łącznie (w miesiącach)					

2.2. / Kredytowe okresy nieskładkowe

/ Rodzaj	/ Służba wojskowa	/ Urodzenie dziecka
()/Łącznie (w miesiącach)		

2.3 / Łączna liczba okresów ubezpieczenia uwzględnionych do nabycia prawa do świadczenia i do obliczenia jego wysokości

Łączna liczba okresów składkowych	Łączna liczba kredytowych okresów nieskładkowych	() Łączna liczba okresów ubezpieczenia (w miesiącach)

3. / dołączone dokumenty KR-PL 5 KR-PL 6 KR-PL 74. ()/ Inne (jakie?)

CZĘŚĆ D.**/ INFORMACJE ŻĄDANE Z POLSKI**

Te informacje są niezbędne do rozpatrzenia wniosku o świadczenie na podstawie umowy

Tak ____ Nie ____

1. / Okresy ubezpieczenia

2. / Dokumentacje medyczna

PL-KR 5A

3. () / Prośba o przeprowadzenie badania lekarskiego (szczegóły w załączeniu)

4. () / Inne (jakie?) _____

CZĘŚĆ E.**/ PODPIS UPOWAŻNIONEGO URZĘDNIKA**

/ Data

/M

/D

/R

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

/ Podpis

/ Pieczętka