

.....  
Imię i nazwisko ubezpieczonego

.....  
Miejscowość, data

.....  
Ulica, numer domu, numer lokalu

.....  
Kod pocztowy Miejscowość

.....  
PESEL

.....  
Numer NIP, pod którym opłacane są składki na FUS

**Zakład Ubezpieczeń Społecznych**  
**Wydział Ubezpieczeń i Składek**  
**W .....**

**Wniosek o przywrócenie terminu płatności składek**

Na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887, z późniejszymi zmianami) proszę o wyrażenie zgody na opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie za miesiące:

.....

Uzasadnienie:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(podpis wnioskodawcy)