

**WNIOSEK O UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

|  |  |
| --- | --- |
| UWAGA | Koszt usługi |
| Aby szybko i sprawnie złożyć wniosek o ubezpieczenie zdrowotne, prosimy o podanie następujących danych. | **Koszt usługi wynosi: 50 EUR / 225 PLN** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dane osobowe | |  |  |
| Imię/imiona: |  | | |
| Nazwisko: |  | | |
| Data urodzenia: |  | | |
| Adres e-mail: |  | | |
| Tel. kontaktowy: |  | | |
| Numer SOFI: |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wymagane informacje | |  | |  |
| Czy posiadasz meldunek w Holandii? prosimy o odpowiedź TAK lub NIE | **TAK** | | **NIE** | |
|  | |  | |
| Czy posiadasz ubezpieczenie zdrowotne?  prosimy o odpowiedź TAK lub NIE | **TAK** | | **NIE** | |
|  | |  | |
| Jeśli posiadasz ubezpieczenie to podaj nazwę ubezpieczalni: |  | | | |
| Od kiedy wnioskujesz o ubezpieczenie zdrowotne? |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adres korespondencyjny w Holandii | | | |
| Ulica: |  | Numer domu/mieszkania: |  |
| Kod pocztowy: |  | Miejscowość: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adres zamieszkania w Polsce | | | |
| Ulica: |  | Numer domu/mieszkania: |  |
| Kod pocztowy: |  | Miejscowość: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dane holenderskiego pracodawcy | | | |
| Nazwa firmy: |  | | |
| Ulica: |  | Numer budynku/lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  | Miejscowość: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dane bankowe | | | | |
| Nazwa banku: |  | | | |
| Numer IBAN konta: |  | | | |
| Kod SWIFT banku: |  | | | |
| Imię i nazwisko posiadacza rachunku: |  | | | |
| Adres posiadacza rachunku: |  | | | |
| Czy należności mają być ściągane z Pana/Pani konta automatycznie? prosimy o odpowiedź TAK lub NIE | | **TAK** | **NIE** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Załączniki |  |
| **Do niniejszego formularza dołączam następujące załączniki:** (jeśli nie – prosimy wykreślić) | 1. Kopia dowodu osobistego |
| 1. Ostatni salaris |

|  |
| --- |
| UWAGA |
| Usługa zostanie wykonana na podstawie faktury po zaksięgowaniu wpłaty od klienta. |

|  |
| --- |
|  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z realizacją zwrotu podatku oraz celów marketingowych (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r o ochronie danych osobowych DZ.U.97 nr 133 poz.833). Oświadczam, że biorę odpowiedzialność za wszelkie podane przeze mnie dane oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

|  |
| --- |
|  |

Akceptuję postanowienia Regulaminu Serwisu Internetowego.

Jeżeli wyrażasz zgodę dot. RODO oraz akceptujesz Regulamin Serwisu Internetowego zaznacz X.