

## FORMULARZ ZORGTOESLAG

dodatek za rok: \_\_\_\_\_  
 WNIOSEK  ZATRZYMANIE

### 1. DANE OSOBOWE

Nazwisko		Imiona	
SOFI/BSN		Data urodzenia	
Tel. kontaktowy		E-mail	

### 2. ADRES ZAMELDOWANIA W POLSCE

Kod pocztowy		Miejscowość	
Ulica i numer			

### 3. ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnij, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

Kod pocztowy		Miejscowość	
Ulica i numer			

### 4. DANE WSPÓLMAŁŻONKA (I)

Nazwisko		Imiona	
SOFI/BSN		Data urodzenia	
Tel. kontaktowy		E – mail	
Czy był(a) ubezpieczona w Holandii lub w Polsce?		<input type="checkbox"/> TAK, w Holandii	<input type="checkbox"/> TAK, w Polsce; OD _____
			<input type="checkbox"/> NIE, nigdzie

### 5. DOCHÓD OSIĄGNIĘTY W HOLANDII I POZA HOLANDIĄ (proszę wpisać walutę)

Państwo		Dochód podatnika		Dochód partnera	
Państwo		Dochód podatnika		Dochód partnera	
Państwo		Dochód podatnika		Dochód partnera	

### 6. OKRESY ZATRUDNIENIA / UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W HOLANDII

1. OD _____ DO _____	3. OD _____ DO _____
2. OD _____ DO _____	4. OD _____ DO _____

### 7. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

IBAN			
Nazwa i oddział banku		SWIFT	
Właściciel konta			
Adres właściciela			

### 8. CZY W POPRZEDNICH LATACH UBIEGAŁEŚ (AŚ) SIĘ O ZWROT DODATKU DO UBEZPIECZENIA?

NIE  TAK – podaj, za który rok \_\_\_\_\_

### 9. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż podane powyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Za niezgodność informacji ze stanem faktycznym ponoszę pełną odpowiedzialność. ErsaBelasting nie ponosi odpowiedzialności za pomyłki/opóźnienia/dodatkowe zapytania zagranicznej instytucji.

<b>DATA</b>	_____	<b>PODPIS</b>	_____
-------------	-------	---------------	-------