

**Serdecznie witamy w Zorg en Zekerheid. Aby umożliwić nam jak najszybsze rozpatrzenie Państwa wniosku o objęcie ubezpieczeniem, prosimy o dokładne wypełnienie tego formularza, włącznie z rubrykami na odwrocie. Zgłoszenia można też dokonać na stronie internetowej [zorgenzekerheid.nl](http://zorgenzekerheid.nl).**

### 1. Wnioskujący

Inicjały imion i nazwisko

 m  k

Ulica

Numer domu

Kod pocztowy

Miejscowość

Data urodzenia

Numer ewidencyjno-fiskalny BSN

Nr telefonu

Obywatelstwo

Adres e-mail

Nie chcę otrzymywać informacji o aktualnościach i specjalnych promocjach (zniżkach) pocztą e-mail.

Tak, chcę otrzymać moją polisę w formie elektronicznej. Można ją znaleźć w naszym serwisie internetowym [MijnZZ](http://MijnZZ). Na Państwa koncie MijnZZ musi być jednak podany Państwa aktualny adres e-mail.

Nie, proszę przesłać moją polisę zwykłą pocztą.

### 2. Wypłata należności za deklaracje świadczeń, sposób płatności składek i ryzyka własnego.

IBAN (numer rachunku bankowego) wnioskującego 

Chcę płacić moje składki w następujący sposób:

automatyczne pobranie z rachunku  co miesiąc  co 3 miesiące  co pół roku  co rok – do czego niniejszym wydaję Zorg en Zekerheid swoje upoważnienie.

Płatność za pomocą druku przelewu (acceptgiro) co miesiąc.

Płacąc składki za pół roku lub za cały rok, otrzymają Państwo zniżkę w wysokości odpowiednio 0,75% i 1,5% swojej składki.

Chcę płacić kwotę mojego ryzyka własnego w następujący sposób:

automatyczne pobranie z rachunku – do czego niniejszym wydaję Zorg en Zekerheid swoje upoważnienie.

Płatność za pomocą druku przelewu (acceptgiro).

Będę załatwiać sprawy związane z moim ubezpieczeniem przez internet i będę płacić składkę poprzez jej automatyczne pobranie z mojego rachunku bankowego, dzięki czemu otrzymam zniżkę 2% na moje ubezpieczenie dodatkowe za korzystanie z internetu.\*

### 3. Zgłaszam się do objęcia mnie:

ubezpieczeniem zbiorowym za pośrednictwem pracodawcy, stowarzyszenia (sportowego), placówki opieki zdrowotnej lub innej organizacji.

Poniżej proszę podać dane organizacji pośredniczącej:

Nazwa

Oddział firmy (w przypadku pracodawcy)

Ubezpieczenie zbiorowe dla konsumentów

Ubezpieczenie zbiorowe dla rodzin

Ubezpieczenie zbiorowe dla studentów i uczniów

Ubezpieczenie indywidualne

\* proszę zapoznać się z warunkami korzystania z internetowego konta mijnZZ na stronie [zorgenzekerheid.nl/mijnzz](http://zorgenzekerheid.nl/mijnzz)

\*\* proszę zapoznać się z warunkami ubezpieczenia AV-Delen na stronie [zorgenzekerheid.nl/delen](http://zorgenzekerheid.nl/delen) ciąg dalszy na odwrocie

#### 4. Członkowie rodziny zgłaszani do objęcia ubezpieczeniem

	Inicjały imion	Nazwisko i/lub nazwisko panieńskie	m / k	Data urodzenia	Numer ewidencyjno-fiskalny BSN	Obywatelstwo
Partner(ka)			m / k			
Dziecko 1			m / k			
Dziecko 2			m / k			
Dziecko 3			m / k			
Dziecko 4			m / k			

#### 5. Dzielenie się refundacją za opiekę stomatologiczną\*\*

Dzielenie się jest możliwe w przypadku dwóch osób ubezpieczonych powyżej 18 roku życia wpisanych na jednej polisie, gdy wnioskują Państwo o to samo ubezpieczenie dodatkowe.

Czy chcą się Państwo dzielić refundacją za opiekę stomatologiczną?

Tak (zaznacz „x” swój wybrany pakiet ubezpieczeń dodatkowych (AV-pakket) w kolumnie AV-Delen w punkcie 6.).

Nie (przejdź dalej do punktu 6.).

#### 6. Wybór pakietu podstawowego, ryzyka własnego i ubezpieczenia dodatkowego

Dzieci do 18 roku życia automatycznie otrzymują od rodzica/opiekuna ubezpieczenie dodatkowe o największym zakresie refundacji.

	Basis-pakket (Pakiet podstawowy)		Dobrowolne ryzyko własne (powyżej obowiązkowego ryzyka własnego w wysokości 385,00 EUR)					Ubezpieczenie dodatkowe					AV-Delen									
	Zorg Zeker Polis	Zorg Vrij Polis	0 €	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €	AV-Sure	AV-GeZZin	AV-GeZZin Compact	AV-Plus	AV-Basis	AV-Standaard	AV-Top	AV-Sure delen	AV-GeZZin delen	AV-GeZZin Compact delen	AV-Plus delen	AV-Standaard delen	AV-Top delen	
Wnioskujący																						
Partner(ka)																						
Dziecko 1																						
Dziecko 2																						
Dziecko 3																						
Dziecko 4																						

#### 7. Wskazanie daty wejścia w życie nowego ubezpieczenia w Zorg en Zekerheid:

□□ - □□ - □□□□

#### 8. Czy przybyli Państwo z zagranicy?

Nie  
 Tak, od □□ - □□ - □□□□

#### A Państwa partner(ka)?

Nie  
 Tak, od □□ - □□ - □□□□

#### A Państwa dzieci?

Nie  
 Tak, od □□ - □□ - □□□□

Czy Państwo (i/lub członkowie Państwa rodziny) przybyli spoza UE?

Jeśli tak, proszę załączyć kopię obu stron dokumentu pobytowego lub elektronicznego dokumentu W.

## 9. Usługa wypowiedzenia ubezpieczenia

Ubiegając się o ubezpieczenie zdrowotne, upoważniają nas Państwo do wypowiedzenia w Państwa imieniu poprzedniego ubezpieczenia zdrowotnego (Państwa i członków rodziny).

Zakładamy też, że jednocześnie upoważniają nas Państwo do wypowiedzenia w Państwa imieniu wszelkich ubezpieczeń dodatkowych (Państwa i członków rodziny) zawartych u poprzedniego ubezpieczyciela zdrowotnego. Jeśli nie wyrażają Państwo na to zgody, proszę zaznaczyć „X” poniższą rubrykę.

Nie chcę, aby Zorg en Zekerheid anulowało dodatkowe ubezpieczenie w moim imieniu (i członków mojej rodziny).

Mogą Państwo skorzystać z usługi wypowiedzenia ubezpieczenia (nie można tego zrobić z mocą wsteczną):

1. jeśli są Państwo osobą współubezpieczoną i chcą zawrzeć własne ubezpieczenie lub ukończyli Państwo 18 lat;
2. jeśli w trakcie roku zmienili Państwo pracodawcę i mieli dotąd ubezpieczenie zbiorowe za pośrednictwem poprzedniego pracodawcy a obecnie będą Państwo korzystali z ubezpieczenia zbiorowego za pośrednictwem nowego pracodawcy w Zorg en Zekerheid.

## 10. Podpis

Niżej podpisany(-a) oświadcza, że wypełnił(a) niniejszy formularz zgodnie z prawdą. Niżej podpisany(-a) jest świadomy (-a) tego, że:

- I. jeśli nie wybierze żadnej opcji w rubrykach dotyczących pakietu podstawowego, ryzyka własnego, sposobu płatności i/lub częstotliwości płatności składek, Zorg en Zekerheid zastosuje wobec niego/niej następujące opcje: polisa Zorg Zeker Polis, dobrowolne ryzyko własne w wysokości 0,00 € oraz płatność za pomocą druku przelewu (acceptgiro) co miesiąc.
- II. w przypadku przekazania nieprawdziwych informacji Zorg en Zekerheid będzie miało prawo do dochodzenia zwrotu wszystkich już wypłaconych refundacji i do wypowiedzenia ubezpieczenia.
- III. jeżeli umowa ubezpieczenia wchodzi w życie w innym dniu niż 1 stycznia, będzie ona obowiązywać w bieżącym roku. Od dnia 1 stycznia następnego roku umowa zostanie milcząco przedłużona na okres 1 roku.
- IV. jeśli zaznaczył(a), że chce być objęty(-a) ubezpieczeniem zbiorowym, Zorg en Zekerheid wymieni jej/jego dane z organizacją, która w tym pośredniczy;
- V. akceptuje warunki ubezpieczenia obowiązujące w odniesieniu do zawartego ubezpieczenia. Można je znaleźć na stronie [zorgenzekerheid.nl](http://zorgenzekerheid.nl) pod nagłówkiem „service en contact”. Można też otrzymać je od nas w formie papierowej na żądanie.

Miejscowość:

Data:  -  -

Podpis wnioskującego:

Czy wypełnił Państwo wszystkie rubryki? Proszę wysłać ten wniosek do Zorg en Zekerheid, na adres: P.O. Box 400, 2300 AK LEIDEN. Mamy obowiązek sprawdzenia, czy są Państwo mieszkańcem Holandii.

Państwa dane są zapisywane na potrzeby informowania Państwa o naszych produktach i usługach. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. na potrzeby zawarcia i realizacji umowy (ubezpieczenia), zarządzania nią oraz wykonywania związanych z nią działań. Zorg en Zekerheid stosuje Kodeks etyczny dotyczący przetwarzania danych osobowych przez instytucje finansowe. Więcej informacji można znaleźć w naszym oświadczeniu o ochronie prywatności na stronie [zorgenzekerheid.nl/privacy](http://zorgenzekerheid.nl/privacy).