

Miejscowość ..... Data .....  
(Town/city) (Date)

Imię i nazwisko Klienta .....  
(First and last name of the Client)

PESEL Klienta / nr dokumentu tożsamości .....  
(Client's PESEL / Client's Identity Card number)

## Oświadczenie do celów zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne (Declaration for the purposes of registering for health insurance and paying health insurance premiums)

1. Rodzaj otrzymywanego świadczenia z zagranicy:

(Type of foreign benefit:)

emerytura (retirement pension)

renta (disability pension)

2. Czy posiada Pani/Pan orzeczoną przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzję o niepełnosprawności:  
(Have you got a disability decision certified by the Social Insurance Institution?)

nie (no)

tak (yes)

3. Czy Pani/Pana świadczenie z zagranicy otrzymywane jest za pośrednictwem:

(You receive your foreign pension benefit by:)

przelewu na rachunek osobisty lub rachunek oszczędnościowy (bank transfer to a personal or savings account)

czeku (check)

4. Jaka jest częstotliwość wypłat emerytury/renty zagranicznej:

(How often do you receive your foreign retirement/disability pension:)

raz w miesiącu (once a month)

raz na kwartał (once a quarter)

inna (prosimy o podanie): .....  
(other (please state):)

.....  
Podpis Klienta

(Signature of the Client)

.....  
Podpis i pieczętka imienna pracownika Banku

(Stamp and signature of the Bank's employee)