

# Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung

# KKH

## Dane do bezskładkowego ubezpieczenia rodzinnego

Stellen Sie den Antrag auch gerne online! Mehr Informationen unter: [kkh.de/familienversicherung](http://kkh.de/familienversicherung)

Wniosek można złożyć również online! Więcej informacji na stronie: [kkh.de/familienversicherung](http://kkh.de/familienversicherung)

### Allgemeine Angaben des Mitglieds Ogólne dane ubezpieczonego

Name, Vorname (Mitglied) \_\_\_\_\_  
Nazwisko, imię (ubezpieczony)

Anschrift \_\_\_\_\_  
Adres

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Servicezeichen \_\_\_\_\_  
Data urodzenia Numer polisy

Familienstand  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet  
Stan cywilny panna/kawaler zamężna/żonaty w separacji rozwiedzona/rozwiedzion wdowa/wdowiec

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (In diesem Fall sind die Angaben jeweils unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen.)  
Zarejestrowany związek partnerski zgodnie z ustawą o związkach partnerskich – LPartG (w takim wypadku należy również podać dane w rubryce „Dane małżonki/małżonka“)

Anlass für die Aufnahme meines/meiner Angehörigen in die Familienversicherung:  Beginn meiner Mitgliedschaft  Geburt des Kindes  Heirat  
Powód dopisania członka rodziny do ubezpieczenia rodzinnego: Początek członkostwa Narodziny dziecka Zawarcie związku małżeńskiego

Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen  Zuzug aus dem Ausland  Sonstiges \_\_\_\_\_  
Koniec poprzedniego ubezpieczenia członka rodziny Powrót z zagranicy Inny

Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ (Angabe freiwillig) Mobil-Nummer \_\_\_\_\_ (Angabe freiwillig)  
Kontakt w ciągu dnia pod numerem telefonu (dane nieobowiązkowe) numer telefonu komórkowego (dane nieobowiązkowe)

oder per E-Mail \_\_\_\_\_ (Angabe freiwillig) zu erreichen.  
lub pod adresem e-mail (dane nieobowiązkowe).

### Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner<sup>1)</sup> bei Familienversicherung von Kindern Dane małżonki/małżonka, partnerki życiowej / partnera życiowego<sup>1)</sup> do rodzinnego ubezpieczenia dzieci

Nachfolgende Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner<sup>1)</sup> benötigen wir auch dann, wenn ausschließlich Ihre Kinder bei uns familienversichert werden sollen und Ihr Ehegatte/Lebenspartner<sup>1)</sup> mit diesen verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners<sup>1)</sup> und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich. Hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.

Jeśli Państwa dzieci, jako członkowie rodziny mają być u nas ubezpieczone, a małżonek lub partner życiowy<sup>1)</sup> jest z nimi spokrewniony, to oprócz informacji ogólnych wymagamy również danych o ubezpieczeniu małżonka lub partnera życiowego<sup>1)</sup>. Jeśli jednak małżonek lub partner życiowy<sup>1)</sup> nie jest ustawowo ubezpieczony, obowiązkowo informację o jego dochodach w postaci zaświadczenia o dochodach. Dodatki, które są wypłacane ze względu na stan cywilny, nie są uwzględniane w tymże zaświadczeniu o dochodach.

Name, Vorname \_\_\_\_\_ ggf. abweichende Anschrift \_\_\_\_\_  
Nazwisko, imię Adres, jeżeli różni się od ww.

Mein Ehe-/Lebenspartner<sup>1)</sup> ist  selbst gesetzlich krankenversichert (Mitglied)  familienversichert  nicht gesetzlich versichert.  
Mój małżonka/małżonek, jest objęty ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym (ubezpieczony) jest objęty ubezpieczeniem rodzinnym nie jest objęty partnerka ubezpieczeniem ustawowym.  
życiowa / partner życiowy<sup>1)</sup>

Name/Sitz der Krankenversicherung \_\_\_\_\_ Höhe seiner mtl. Einkünfte \_\_\_\_\_ €  
Nazwa/siedziba ubezpieczyciela Wysokość miesięcznych dochodów

Einkommensart (z. B. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt etc.) \_\_\_\_\_  
Rodzaj dochodów (np. dochód z własnej działalności, wynagrodzenie itd.)

Das Gesamteinkommen meines Ehe-/Lebenspartners<sup>1)</sup> ist regelmäßig höher als mein eigenes.  ja  
Łączny dochód małżonka/małżonki, partnera/partnerki<sup>1)</sup> jest regularnie wyższy od dochodu ubezpieczonego tak

<sup>1)</sup> Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

<sup>1)</sup> Za partnerów życiowych uważa się również osoby tej samej płci, które zawarły związek partnerski zgodnie z ustawą o związkach partnerskich (LPartG).

Bitte wenden!  
Odwrócić na następną stronę!

## Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

### Ogólne informacje o członkach rodziny

Eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen ist rechtlich nicht zulässig. Bitte stellen Sie mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Posiadanie ubezpieczenia rodzinnego równoległe w kilku kasach chorych jest niedozwolone na mocy prawa. Proszę sprawdzić, czy w Państwa wypadku podwójne ubezpieczenie rodzinne jest wykluczone.

	Ehegatte <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d <sup>2)</sup> Małżonek k m x i <sup>2)</sup>	Kind <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d <sup>2)</sup> Dziecko k m x i <sup>2)</sup>	Kind <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d <sup>2)</sup> Dziecko k m x i <sup>2)</sup>
Familienversicherung wird beantragt ab Termin rozpoczęcia ubezpieczenia	_____	_____	_____
Name Nazwisko	_____	_____	_____

(Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist (z. B. weil sie durch Flucht oder Vertreibung zurückgelassen wurden oder verloren gegangen sind) – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.)

(W przypadku różnych nazwisk ubezpieczonego i członka rodziny należy jednorazowo potwierdzić stopień pokrewieństwa poprzez przedstawienie stosownych dokumentów [np. akt małżeństwa, akt związku partnerskiego, akt urodzenia] lub – w razie braku możliwości przedstawienia dokumentów [np. z powodu zgubienia lub utraty dokumentów podczas powodzi lub wysiedlenia] – poprzez przedstawienie innych odpowiednich dokumentów [np. decyzja o przyznaniu zasiłku rodzinnego na dzieci]).

Vorname Imię	_____	_____	_____
Geburtsdatum Data urodzenia	_____	_____	_____
ggf. abweichende Anschrift Adres, jeżeli różni się od ww.	_____	_____	_____

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied Stopień pokrewieństwa z ubezpieczonym	<input type="checkbox"/> leibl. Kind <sup>3)</sup> biologiczne dziecko <sup>3)</sup>	<input type="checkbox"/> Stiefkind pasierbica/pasierb	<input type="checkbox"/> leibl. Kind <sup>3)</sup> biologiczne dziecko <sup>3)</sup>	<input type="checkbox"/> Stiefkind pasierbica/ pasierb
	<input type="checkbox"/> Enkel wnuk	<input type="checkbox"/> Pflegekind podopieczny	<input type="checkbox"/> Enkel wnuk	<input type="checkbox"/> Pflegekind podopieczny
Der Ehegatte des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt Małżonka/małżonek ubezpieczonego jest spokrewniona/ny z dzieckiem.	<input type="checkbox"/> nein nie	<input type="checkbox"/> nein nie	<input type="checkbox"/> nein nie	<input type="checkbox"/> nein nie

## Angaben zur Vorversicherung der Familienangehörigen

### Dane na temat wcześniejszego ubezpieczenia członków rodziny

	Ehegatte Małżonka/małżonek	Kind Dziecko	Kind Dziecko
Bisherige Krankenversicherung Dotychczasowe ubezpieczenie zdrowotne	_____	_____	_____
bis do	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert obowiązkowe ubezpieczenie ustawowe	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert obowiązkowe ubezpieczenie ustawowe	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert obowiązkowe ubezpieczenie ustawowe
	<input type="checkbox"/> privat versichert ubezpieczenie prywatne	<input type="checkbox"/> privat versichert ubezpieczenie prywatne	<input type="checkbox"/> privat versichert ubezpieczenie prywatne
	<input type="checkbox"/> familienversichert bei ubezpieczenie rodzinne z	<input type="checkbox"/> familienversichert bei ubezpieczenie rodzinne z	<input type="checkbox"/> familienversichert bei ubezpieczenie rodzinne z
Name, Vorname Nazwisko, imię	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> nicht versichert brak ubezpieczenia	<input type="checkbox"/> nicht versichert brak ubezpieczenia	<input type="checkbox"/> nicht versichert brak ubezpieczenia

<sup>2)</sup> w = weiblich, m = männlich, x = unbestimmt, d = divers

<sup>2)</sup> k = kobieta, m = mężczyzna, x = nie określono, i = inna płeć

<sup>3)</sup> Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.

<sup>3)</sup> Zaznaczyć „biologiczne dziecko” również w razie adopcji.

Bitte wenden!  
Odwrócić na następną stronę!

## Sonstige Angaben zu den Familienangehörigen Pozostałe informacje o członkach rodziny

	Ehegatte Małżonka/małżonek	Kind _____ Dziecko	Kind _____ Dziecko
Selbstständige Tätigkeit liegt vor. Samodzielna działalność.	<input type="checkbox"/> ja tak	<input type="checkbox"/> ja tak	<input type="checkbox"/> ja tak
Es werden Arbeitnehmer beschäftigt. Zatrudnienie pracowników.	<input type="checkbox"/> ja tak	<input type="checkbox"/> ja tak	<input type="checkbox"/> ja tak
Höhe des Gewinns Wysokość dochodu	monatl. _____ € miesięcznie	monatl. _____ € miesięcznie	monatl. _____ € miesięcznie
(Bitte Kopie des Einkommensteuerbescheides beifügen!) (Proszę załączyć kopię deklaracji podatkowej!)			
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatl.) Wynagrodzenie brutto ze stosunku pracy o marginalnym wymiarze (miesięcznie)	_____ €	_____ €	_____ €
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) Bitte Nachweise beifügen! Ustawowa renta, emerytura, renta zakładowa, renta pobierana z zagranicy, inne renty (miesięcznie) Proszę dołączyć dokumenty!	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen – bitte Nachweise beifügen)	_____ €	_____ €	_____ €
Inne regularne, miesięczne przychody w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym (np. wynagrodzenie brutto ze stosunku pracy wykraczającego poza definicję pracy marginalnej, przychody z wynajmu lub dzierżawy, przychody z zysków kapitałowych – proszę dołączyć zaświadczenie)	Art der Einkünfte Rodzaj przychodów _____ €	Art der Einkünfte Rodzaj przychodów _____ €	Art der Einkünfte Rodzaj przychodów _____ €
Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) Inne przychody (np. odprawa z tytułu utrąty pracy)	_____ €	_____ €	_____ €
Schule/Studium vom ... Szkoła/studia od ...	_____	_____	_____
bis voraussichtlich ... (ab 23 Jahren bitte Nachweis beifügen) do przewidywanego terminu ... (powyżej 23 roku życia należy dołączyć zaświadczenie)	_____	_____	_____
Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst von ... bis ... (bitte Nachweis beifügen) Służba wojskowa lub regulowany przepisami prawa wolontariat od ... do ... (proszę dołączyć zaświadczenie)	_____	_____	_____

## Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige (bitte immer ausfüllen)

Dane do nadania numeru ubezpieczenia zdrowotnego dla członków rodziny objętych ubezpieczeniem rodzinnym (należy zawsze wypełnić)

	Ehegatte Małżonka/małżonek	Kind _____ Dziecko	Kind _____ Dziecko
Rentenversicherungsnummer Numer ubezpieczenia emerytalnego	_____	_____	_____
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde: Poniższe dane należy podać tylko jeżeli nie nadano jeszcze numeru ubezpieczenia emerytalnego:			
Geburtsname Nazwisko rodowe	_____	_____	_____
Geburtsort Miejsce urodzenia	_____	_____	_____
Geburtsland Kraj urodzenia	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit Obywatelstwo	_____	_____	_____

Bitte wenden!  
Odwrócić na następną stronę!

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt besonders, wenn sich das Einkommen meiner oben angegebenen Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.

Potwierdzam zgodność podanych informacji ze stanem faktycznym. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o zmianach w ich zakresie. Dotyczy to w szczególności informacji dotyczących zmiany wysokości dochodów ww. członków rodziny (np. nowy wymiar podatku dochodowego dla osób samozatrudnionych) lub o zmianach dotyczących przynależności do kasy chorych.

_____	<b>X</b>	_____	<b>X</b>
Ort, Datum Miejscowość, data	Unterschrift des Mitglieds Podpis ubezpieczonego	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen ew. podpisy członków rodziny	

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen oder dessen gesetzlichen Vertreters aus.

Poprzez złożenie podpisu oświadczam, że uzyskałam/-łem zgodę członków rodziny na przekazanie wymaganych danych. W przypadku osób pozostających w separacji wystarczy podpis członka rodziny lub jego przedstawiciela ustawowego.

## Datenschutz Ochrona danych osobowych

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.  
Informacja o ochronie danych (art. 13 rozporządzenia (UE) 2016/679): W celu umożliwienia nam dokonania oceny ubezpieczenia rodzinnego niezbędne jest Państwa współdziałanie zgodnie z §§ 10 ust. 6, 289 SGB V. Dane są gromadzone w celu ustalenia typu ubezpieczenia (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI). Dobrowolnie podane informacje kontaktowe będą wykorzystywane wyłącznie w zakresie pytań dotyczących Państwa ubezpieczenia.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an die KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover.  
Wypełniony wniosek należy przesać do KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover.