



Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung Dane do nieskładkowego ubezpieczenia rodzinnego

(Allgemeine Informationen finden Sie unter: kkh.de/voraussetzungen)
(Ogólne informacje znajdziecie Państwo na stronie: kkh.de/voraussetzungen)

Allgemeine Angaben des Mitglieds Dane ogólne ubezpieczonego

Name, Vorname (Mitglied) _____
Nazwisko, Imię (ubezpieczony) _____

Anschrift _____
Adres _____

Geburtsdatum _____ Servicezeichen _____
Data urodzenia _____ Numer polisy _____

Familienstand _____
Stan cywilny ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
panna/kawaler zameżna/żonaty w separacji rozwiedziona/rozwidziony 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 wypełnić pola z danymi 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 pod numerem telefonu (podanie jest dobrowolne) numerem telefonu komórkowego (podanie jest dobrowolne)

oder per E-Mail _____ (Angabe freiwillig) zu erreichen.
lub pod adresem Email (podanie jest dobrowolne).

Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner* bei Familienversicherung von Kindern Dane małżonki/małżonka, partnerki/partnera życiowego* do rodzinnego ubezpieczenia dzieci

Name, Vorname _____ ggf. abweichende Anschrift _____
Nazwisko, imię _____ ew. adres, jeśli inny niż ww. _____

Mein Ehe-/Lebenspartner* ist selbst gesetzlich krankenversichert ja nein
Mój małżonka/małżonek, partnerka/partner życiowa* jest objęty ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym tak nie

Name/Sitz der Krankenversicherung _____ Höhe seiner mtl. Einkünfte¹⁾ _____ €
Nazwa/Siedziba ubezpieczyciela Wysokość miesięcznych dochodów¹⁾ _____

Einkommensart (z. B. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt etc.)¹⁾ _____
Rodzaj dochodów (np. dochód z własnej działalności, wynagrodzenie itd.)¹⁾ _____

Das Gesamteinkommen meines Ehe-/Lebenspartners ist regelmäßig höher als mein eigenes¹⁾ ja nein
Łączny dochód małżonka/małżonki, partnera/partnerki jest regularnie wyższy od dochodu ubezpieczonego¹⁾ tak

¹⁾Diese Angaben sind nur erforderlich, sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert und mit den Kindern verwandt ist, für die eine Familienversicherung beantragt wird. In diesem Fall sind die Einkünfte zwingend durch Einkommensnachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) zu belegen. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

¹⁾Uzupełnienie tych danych jest obowiązkowe, jeśli małżonka/małżonek, partnerka/partner nie jest objęty ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym oraz nie jest spokrewniony z dziećmi, wobec których wnioskowane jest ubezpieczenie rodzinne. W takim przypadku należy bezwzględnie udokumentować dochód (np. deklaracja podatkowa). Nie należy doliczać wartości dodatków wypłacanych ze względu na status rodzinny.

* Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.
* Jako partner życiowy rozumie się również osoby tej samej płci, które ustanowiły związek partnerski zgodnie z ustawą o związkach partnerskich (LPartG).

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

Dane ogólne 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.

Jednoczesne posiadanie ubezpieczenia rodzinnego w dwóch różnych kasach chorych jest ustawowo niedozwolone. Prosimy o upewnienie się, że podwójne ubezpieczenie rodzinne nie jest będzie miało miejsca w Państwa przypadku.

Ehegatte w m d** Kind w m d** Kind w m d**
 Małżonek k m i. p.** Dziecko k m i. p.** Dziecko k m i. p.**

Familienversicherung wird beantragt ab _____
 Termin rozpoczęcia ubezpieczenia _____

Name (Bitte fügen Sie bei vom Mitglied abweichenden Namen einen Nachweis, z. B. Heiratsurkunde, bei.) _____
 Nazwisko (W przypadku różnych nazwisk prosimy o załączenie dokumentu np. akt ślubu.) _____

Vorname _____
 Imię _____

Geburtsdatum _____
 data urodzenia _____

ggf. abweichende Anschrift _____
 Ew. adres, jeśli różny od ww. _____

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied leibl. Kind²⁾ Stiefkind leibl. Kind²⁾ Stiefkind
 Stopień pokrewieństwa z ubezpieczonym Biologiczne²⁾ Pasierb Biologiczne²⁾ Pasierb
²⁾Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden Enkel Pflegekind Enkel Pflegekind
²⁾Zaznaczyć określenie „biologiczne“ również w przypadku adopcji Wnuk Przybrane Wnuk Przybrane

Der Ehegatte des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt nein nein
 Małżonka/ małżonek ubezpieczonego jest spokrewniona/y z dzieckiem nie nie

Angaben zur Vorversicherung der Familienangehörigen

Dane na temat wcześniejszych ubezpieczeń członków rodziny

Bisherige Krankenversicherung, bis _____
 Dotychczasowe ubezpieczenie zdrowotne, do _____

Ehegatte Kind Kind
 Małżonka/małżonek Dziecko Dziecko

selbst gesetzlich versichert selbst gesetzlich versichert selbst gesetzlich versichert
 Obligatorische Versicherung Obligatorische Versicherung Obligatorische Versicherung

privat versichert privat versichert privat versichert
 Private Versicherung Private Versicherung Private Versicherung

familienversichert bei familienversichert bei familienversichert bei
 Familienversicherung Familienversicherung Familienversicherung

Name, Vorname _____
 Nazwisko, Imię _____

nicht versichert nicht versichert nicht versichert
 Nieubezpieczony Nieubezpieczony Nieubezpieczony

** d = divers im Sinne des § 22 Abs. 3 PStG

** i. p. = inna płeć w sensie § 22 ustęp 3 PStG

Sonstige Angaben zu den Familienangehörigen

Pozostałe informacje o członkach rodziny

	Ehegatte Małżonek/małżonka	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 Zostaną zatrudnieni pracownicy	<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!) (Prosimy o załączenie kopii 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) Prosimy o załączenie poświadczenia	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts Inne regularne, miesięczne dochody w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym	_____ €	_____ €	_____ €
Art der Einkünfte (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen – bitte Nachweise beifügen) Rodzaj dochodów (np. wynagrodzenie brutto ze stosunku pracy wykraczającym poza definicję pracy marginalnej, dochód z wynajmu lub dzierżawy, dochód z zysków kapitałowych – prosimy o załączenie poświadczeń)	_____ €	_____ €	_____ €
Schule/Studium vom ... Szkoła/studia od ...	_____	_____	_____
bis voraussichtlich ... (ab 23 Jahren bitte Nachweis beifügen) do przewidywalnie ... (od 23 lat proszę dołączyć dokument zaświadczący)	_____	_____	_____
Wehr- oder Zivildienst bzw. Freiwilligendienst von ... bis ... (bitte Nachweis beifügen) Służba wojskowa lub cywilna ew. wolontariat od ... do ... (prosimy o załączenie poświadczeń)	_____	_____	_____
Es bestehen anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufs- genossenschaft oder anderen Trägern. Istnieją uzasadnione roszczenia wobec zakładów ubezpieczeń emerytalnych, związków zawodowych, lub innych instytucji	<input type="checkbox"/> ja tak	<input type="checkbox"/> ja tak	<input type="checkbox"/> ja tak

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

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

	Ehegatte Małżonek/małżonka	Kind Dziecko	Kind Dziecko
Rentenversicherungsnummer Numer ubezpieczenia emerytalnego	_____	_____	_____
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde: Poniższe pola należy wypełnić tylko w wypadku braku nadanego numeru ubezpieczenia emerytalnego:			
Geburtsname Nazwisko rodowe	_____	_____	_____
Geburtsort Miejsce urodzenia	_____	_____	_____
Geburtsland kraj urodzenia	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit Obywatelstwo	_____	_____	_____

Einwilligungserklärungen Deklaracje zgody

Ich willige ein, dass die KKH mich zu den unten angekreuzten Themen per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS informiert und zu diesen Zwecken *auch meine Kontaktdaten* bis zum Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der KKH *speichert, verarbeitet und nutzt*.
Zgadzam się na to, aby firma KKH odnośnie oznaczonych krzyżykami tematów informowała mnie e-mailem, telefonicznie, faksem lub SMS-em oraz na to, aby również *zapisywała, przetwarzała i wykorzystywała moje dane kontaktowe* do końca trwania okresu mojego ubezpieczenia.

- Kundenbefragung
ankietowanie klienta
- KKH Produkte und Services
produkty i usługi KKH
- private Zusatzversicherungen
prywatne ubezpieczenie dodatkowe

Diese Einwilligungen kann ich jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.
Niniejsze zgody mogę odwołać w każdej chwili poprzez niesformalizowane oświadczenie skierowane do KKH drogą telefoniczną, e-mailową lub listowną.

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.

Oświadczam, że wszystkie informacje i dane są prawdziwe. O zmianach będę informować niezwłocznie. 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.

Ort, Datum Miejscowość, data	X Unterschrift des Mitglieds Podpis ubezpieczonego	X ggf. Unterschrift der Familienangehörigen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben ew. podpisy członków rodziny, którzy ukończyli 15. rok życia
---------------------------------	---	---

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.
Jednocześnie oświadczam, że uzyskałem zgodę członków rodziny do przedstawienia niezbędnych danych. W przypadku osób w separacji wystarczy podpis członka rodziny lub jego pełnomocnika.

Datenschutz Ochrona danych osobowych

Die Angaben werden zur Erfüllung der Aufgaben der KKH nach § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 50 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Antragsbearbeitung zur Familienversicherung erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte unserer Internetseite kkh.de/datenschutz

Dane są pozyskiwane i przetwarzane w celu realizacji zadań KKH według § 284 ustęp 1 str. 1 nr 1 SGB V oraz § 94 ustęp 1 nr 1 w połączeniu z § 50 ustęp 1 SGB XI w celu opracowania wniosku o ubezpieczenie rodzinne. Bliższe informacje o przetwarzaniu danych i Państwa prawach znajdują się na naszej stronie internetowej kkh.de/dateschutz

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an die KKH Hauptverwaltung, 30125 Hannover
Wypełniony wniosek należy wysłać do punktu usługowego KKH lub do KKH Hauptverwaltung, 30125 Hannover