



KKH Beitrittserklärung

Deklaracja członkowska KKH

Allgemeine Angaben zum Mitglied Dane ogólne osoby ubezpieczonej

Ja, ich werde zum _____ Mitglied der KKH.
Tak, chcę od _____ zostać członkinią/członkiem KKH.

Frau Herr Anredezusatz _____
Pani Pan Tytuł

Name, Vorname
Nazwisko, imię

Ggf. Geburtsname Geburtsdatum
Nazwisko rodowe, o ile dotyczy Data urodzenia

Geschlecht: weiblich männlich divers*
Płeć: żeńska męska inna płeć*

Geburtsort Staatsangehörigkeit
Miejsce urodzenia Obywatelstwo

Straße, Hausnummer
Ulica, nr domu

PLZ, Ort
Kod pocztowy, miejscowość

Telefon/mobil**
Telefon/tel. kom.**

E-Mail**
E-mail**

ledig verheiratet verwitwet
wolna(-y) mężatka/żonaty wdowa/wdowiec

geschieden verpartnert***
rozwidziona(y) w związku partnerskim***

Rentenversicherungsnummer noch keine vorhanden
numeru ubezpieczenia emerytalnego jeszcze nie posiadam

Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz Ogólne dane do ubezpieczenia zdrowotnego

Ich bin ...
Jestem ...

- Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r)
pracobiorkzynią/pracobiorcą kształcąca(-ym) się
- Student(in) Rentner/Pensionär
studentką/studentem emerytką/emerytem/rencistką/rencistą
- Selbstständige(r) (Bitte Antrag auf einkommensabhängige Beitrags-
bemessung ausfüllen)
prowadzę własną działalność (proszę wypełnić wniosek o ustalenie
wysokości składki zależnej od dochodów)
- Sonstiges
pozostały status _____

Name Arbeitgeber/Hochschule
Nazwa pracodawcy/Szkoła wyższa

Straße, Hausnummer
Ulica, numer domu

PLZ/Ort
Kod pocztowy/miejscowość

beschäftigt seit/studiere ab/bis vorauss. _____ mtl. Bruttoentgelt (EUR)
zatrudniona(-y) od / studuję od/do z przewidywanym średnim wyn-
agrodzeniem brutto (Euro)

- Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.
Jestem spokrewniona(-y)/skoligacona(-y) z pracodawcą.
- Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.
Mam udziały w firmie (spółce).

Art der Beteiligung
Rodzaj udziałów

- Ich habe eine weitere Beschäftigung.
Jestem jeszcze gdzie indziej zatrudniona(-y).
- Ich bin (daneben) seit _____ selbstständig erwerbstätig.
Dodatkowo (do tego) prowadzę własną działalność.
- Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder
Versorgungsbezug).
Pobieram emeryturę (np. rentę rodzinną, rentę wdowią lub rentę)

* divers im Sinne des § 22 Abs. 3 PStG
inna płeć w sensie § 22 ustęp 3 PStG

** Freiwillige Angaben
Dane dobrowolne

*** Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem
Gesetz über eingetragene Partnerschaft (LPartG) ihre
Partnerschaft erklärt haben.

Za partnera życiowego uważa się osoby tej samej płci, które według
ustawy złożyły oświadczenie o wiążącym partnerstwie życiowym (LPartG).

Ich war zuletzt ...

Byłam/byłem ostatnio ...

- Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen)
Członkinią/członkiem ustawowej kasy chorych (Proszę załączyć potwierdzenie wypowiedzenia)
- familienversichert
Ubezpieczona(-y) rodzinnie
- privat krankenversichert (Bitte aktuellen Versicherungsnachweis beifügen).
Prywatnie ubezpieczona(-y) chorobowo (Proszę dołączyć aktualne zaświadczenie o ubezpieczeniu).

von _____ bis _____ bei der Krankenversicherung (gesetzlich oder privat)
od _____ do _____ przy ubezpieczeniu chorobowym (ustawowo lub prywatnie)

- Zuzug aus dem Ausland am _____
Data przyjazdu z zagranicy
- Ich war bislang in Deutschland noch nie gesetzlich krankenversichert.
Jak dotąd, nie byłam/nie byłem ustawowo ubezpieczona(-y) chorobowo w Niemczech.

Zusätzliche Angaben bei Studenten

Informacje dodatkowe dotyczące studentów

- Ich studiere im _____ Fachsemester Bachelor Master
Studiuje w _____ Semestr specjalizacji Licencjat Magister

Studiengang (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

Tok studiów (Proszę załączyć zaświadczenie o przyjęciu w poczet studentów.)

- Ich beantrage monatliche Beitragszahlung. (Einzugsermächtigung erforderlich)
Płać składki miesięczne. (Wymagane pełnomocnictwo do pobierania z konta zobowiązanego)

Sonstige Angaben

Pozostałe informacje

- Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern. (Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen)
Chciałabym/chciałbym bezpłatnie ubezpieczyć również członków swej rodziny. (Proszę wypełnić wniosek o ubezpieczeniu rodziny)
- Ich habe Kinder. (Wichtig für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung)
Mam dziecko/dzieci. (Ważne przy wymiarze składki do ubezpieczenia pielęgnacyjnego)
- Ich habe anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.
Jestem uprawniony do świadczeń w stosunku do instytucji pomocy społecznej, stowarzyszenia zawodowego lub innych świadczeniodawców.

Die KKH wurde mir empfohlen durch:
KKH została mi zarekomendowana przez:

Name, Vorname

Nazwisko, imię

Der/Die Empfehler/in ist mit der Weitergabe der o. g. Daten für die Auszahlung einer Prämie einverstanden.

Rekomendujący/rekomendująca zgadza się na wypłacenie premii za przekazanie dalej wyżej wymienionych danych.

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 krzyżkami 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. Níniejsze zgody mogą odwołać w każdej chwili poprzez niesformalizowane oświadczenie skierowane do KKH drogą telefoniczną, e-mailową lub listowną.

Pflegekasse bei der KKH

Kasa opieki w KKH

Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH mit ein. Zgłoszenie zawiera w sobie ubezpieczenie pielęgnacyjne w KKH.

- Nein, ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit. (Bitte Nachweis beifügen)
Nie, jestem zwolniona(-y) z ubezpieczenia pielęgnacyjnego. (Proszę przedstawić dokument)

Die Angaben sind zur Erfüllung der Aufgaben der KKH, insbesondere der Antragsbearbeitung, erforderlich; die Daten werden aufgrund § 28o Abs. 2 SGB IV, § 284 SGB V und § 94 SGB XI erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte den beiliegenden Informationen sowie unserer Internetseite kkh.de/datenschutz. Die Richtigkeit aller Angaben auf diesem Antrag bestätige ich durch meine Unterschrift.

Informacje te są konieczne do realizacji zadań KKH, a szczególnie do opracowywania zleceń; dane te są pozyskiwane i przetwarzane na podstawie przepisów § 28o ustęp 2 SGB IV, § 284 SGB V i § 94 SGB XI. Bliższe dane i przysługujące Państwu prawa znajdują się w załączonych informacjach oraz na naszej stronie internetowej kkh.de/datenschutz. Prawidłowość wszystkich informacji i danych potwierdzam swym podpisem.

Datum

Data

X

Unterschrift

Podpis

KKH, Hauptverwaltung, 30144 Hannover
Telefon 0511 2802-0, Telefax 0511 2802-2196
service@kkh.de, kkh.de

KKH, Hauptverwaltung, 30144 Hannover
Telefon 0511 2802-0, Telefaks 0511 2802-2196
service@kkh.de, kkh.de