

# Deklaracja przystąpienia



Beitrittserklärung



Kaufmännische  
Krankenkasse

## Ogólne dane ubezpieczonego

Allgemeine Angaben zum Mitglied

Tak, jestem od \_\_\_\_\_ członkiem KKH.

Ja, ich werde zum (...) Mitglied der KKH.

Pani  Pan  Tytuł akademicki \_\_\_\_\_  
Frau Herr Akad. Grad

Nazwisko, imię | Name, Vorname

lub nazwisko rodowe | Ggf. Geburtsname data urodzenia | Geburtsdatum

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

Miejsce urodzenia | Geburtsort Obywatelstwo | Staatsangehörigkeit

Ulica, numer domu | Straße, Hausnummer

Kod pocztowy | PLZ Miasto | Ort

Numer telefonu / telefonu komórkowego\*\* | Telefon/mobil\*\*

E-mail\*\* | E-Mail\*\*

panna/kawaler  zamężna/zonaty  wdowa/wdowiec  
ledig verheiratet verwitwet  
 rozwiedziona/rozwiedziony  w związku partnerskim\*\*\*  
geschieden verpartnert\*\*\*

żadne z powyższych  
noch keine vorhanden

Numer ubezpieczenia emerytalnego  
Rentenversicherungsnummer

Numer ubezpieczenia zdrowotnego (KVNR) | Krankenversicherungsnummer (KVNR)

## Chcę zmienić kasę ubezpieczenia zdrowotnego z następującego powodu

Ich möchte aus folgendem Grund die Krankenkasse wechseln

- Zmiana pracodawcy  
Arbeitgeberwechsel
- Bezrobocie  
Eintritt in die Arbeitslosigkeit
- Podjęcie samodzielnej działalności  
Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit
- Podjęcie studiów  
Aufnahme eines Studiums
- Upływ terminu obowiązywania  
Ablauf der Bindefrist
- Zwiększenie wysokości składki dodatkowej w mojej dotychczasowej kasie ubezpieczenia zdrowotnego  
Erhöhung des Zusatzbeitrages meiner bisherigen Krankenkasse
- Zmiana z innych powodów  
Wechsel aus anderen Gründen

## Ogólne dane na temat ochrony ubezpieczeniowej

Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz

Jestem ... | Ich bin ...

- Pracownikiem  Osobą uczącą się zawodu  
Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r)
- Studentem(-ką)  Emerytem(-ką)/rencistą(-ką)  
Student(in) Rentner(in)/Pensionär(in)
- Samozatrudniony(-a)  
Selbstständige(r)  
(Należy wypełnić wniosek o obliczenie składki zależnej od dochodów).  
(Bitte Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung ausfüllen.)
- Inne \_\_\_\_\_  
Sonstiges

Nazwa pracodawcy / szkoły wyższej | Name Arbeitgeber/Hochschule

Ulica, numer domu | Straße, Hausnummer

Kod pocztowy | PLZ Miasto | Ort

zatrudniony(-a) od / studiuje od śr. wynagrodzenie brutto (EUR)  
beschäftigt seit/studiere ab mtl. Bruttoentgelt (EUR)

Jestem spokrewniony(-a)/spowinowacony(-a) z pracodawcą.  
Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.

Mam udziały w firmie (spółce).  
Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.

Rodzaj udziału | Art der Beteiligung

Mam inną pracę.  
Ich habe eine weitere Beschäftigung.

(Dodatkowo) jestem od \_\_\_\_\_ samozatrudniony(-a).  
Ich bin (daneben) seit (...) selbstständig erwerbstätig.

Otrzymuję rentę (np. świadczenia rodzinne, rentę zakładową lub świadczenia emerytalne).  
Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug).

## Ostatnio byłem(-am) ubezpieczony(-a):

Ich war zuletzt versichert:

od | von do | bis

w (nazwa i adres aktualnej kasy ubezpieczenia zdrowotnego (prywatna, ustawowa, zagraniczna)  
bei (Name und Anschrift der derzeitigen Krankenkasse (private, gesetzliche, ausländische)

za granicą \_\_\_\_\_  
im Ausland Przeprowadzka do Niemiec w dniu | Zuzug in Deutschland am

Międzynarodowy numer ubezpieczenia | Internationale Versicherungsnummer



\*inna płeć w rozumieniu § 22 ust. 3 ustawy o aktach stanu cywilnego (PStG) \*\*dobrowolne dane

\*\*\*Za partnerów życiowych uważa się osoby tej samej płci, które zawarły związek małżeński zgodnie z ustawą o związkach partnerskich (LPartG).

\*divers im Sinne des § 22 Abs. 3 PStG \*\* freiwillige Angaben \*\*\* Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

**Byłem(-am) ubezpieczony(-a) jako:**

Ich war versichert als:

- członek obowiązkowy (np. pracownik, student, emeryt lub rencista)  
Pflichtmitglied (z. B. Arbeitnehmer, Student, Rentner)
- członek dobrowolny (np. pracownik, samozatrudniony(-a) dziecko, student, małżonek(-ka) itp.)  
freiwilliges Mitglied (z. B. Arbeitnehmer, Selbstständiger, Kind, Student, Ehegatte usw.)
- jestem objęty(-a) ubezpieczeniem rodzinnym  
familienversichert
- jeszcze nie jestem ubezpieczony(-a) w Niemczech  
noch nie in Deutschland versichert

**Dodatkowe dane dla studentów:**

Zusätzliche Angaben bei Studenten:

- Ubiegam się o miesięczną opłatę składek.  
(Wymagane jest polecenie zapłaty SEPA.  
Należy dołączyć zaświadczenie o immatrikulacji.)  
Ich beantrage die monatliche Beitragszahlung. (SEPA-Mandat ist erforderlich. Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

**Pozostałe dane**

Sonstige Angaben

- Chciał(a)bym bezpłatnie ubezpieczyć członków rodziny.  
(Należy wypełnić wniosek o ubezpieczenie rodzinne).  
Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern.  
(Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen.)
- Mam dzieci. (Wymagane do obliczenia składki ubezpieczenia pielęgnacyjnego)  
Ich habe Kinder. (Wichtig für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung)
- Posiadam uzasadnione roszczenia wobec zakładów ubezpieczeń emerytalnych, związków zawodowych lub innych instytucji.  
Ich habe anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.

Dane wymagane są w celu realizacji zadań KKH, w szczególności przetwarzania wniosku; dane są zbierane i przetwarzane zgodnie z § 284 SGB V i § 94 kodeksu socjalnego tom XI. Więcej szczegółów na temat przetwarzania danych oraz Państwa praw znajduje się w załączonych informacjach oraz na naszej stronie internetowej pod adresem [kkh.de/datenschutz](http://kkh.de/datenschutz). Potwierdzam poprawność wszystkich danych w niniejszym wniosku moim podpisem.

Die Angaben sind zur Erfüllung der Aufgaben der KKH, insbesondere der Antragsbearbeitung, erforderlich; die Daten werden aufgrund § 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](http://kkh.de/datenschutz). Die Richtigkeit aller Angaben auf diesem Antrag bestätige ich durch meine Unterschrift.

**Firma KKH została mi polecona przez:**

Die KKH wurde mir empfohlen durch:

Nazwisko, imię | Name, Vorname

**Deklaracje zgody**

Einwilligungserklärungen

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji przez firmę KKH na tematy zaznaczone poniżej drogą e-mailową i telefoniczną, a także w celu przechowywania i przetwarzania moich danych kontaktowych do końca trwania mojego ubezpieczenia w KKH.

Ich willige ein, dass die KKH mich zu den unten angekreuzten Themen per E-Mail oder Telefon informiert und zu diesen Zwecken auch meine Kontaktdaten bis zum Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der KKH speichert, verarbeitet und nutzt.

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

Powyższe zgody są dobrowolne i mogą zostać wycofane w dowolnym momencie poprzez złożenie oświadczenia do firmy KKH bez wymogu określonej formy, drogą telefoniczną, e-mailową lub listowną.

Diese Einwilligungen sind freiwillig und ich kann sie jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.

**Kasa ubezpieczenia pielęgnacyjnego w KKH**

Pflegekasse bei der KKH

Zgłoszenie obejmuje również ubezpieczenie pielęgnacyjne w KKH.

Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH mit ein.

- Nie, jestem zwolniony(-a) ze społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. (Należy załączyć dowód).  
Nein, ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit.  
(Bitte Nachweis beifügen.)

**X**

Data | Datum

Podpis | Unterschrift