

# 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 § 28o ust. 2 kodeksu socjalnego tom IV, § 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 § 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](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 (Osoba polecająca wyraża zgodę na podanie ww. danych w celu otrzymania premii).  
Name, Vorname (Der/Die Empfehler/in ist mit der Weitergabe der o. g. Daten für die Auszahlung einer Prämie einverstanden.)

**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

Powyższa zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie poprzez złożenie oświadczenia do firmy KKH bez wymogu określonej formy, drogą telefoniczną, e-mailową lub listowną.

Diese Einwilligungen kann ich 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.)



Data | Datum

Podpis | Unterschrift