

Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung Dane do bezskładkowego ubezpieczenia rodzinnego

(Allgemeine Informationen finden Sie unter: kkh.de/voraussetzungen)

(Ogólne informacje: kkh.de/voraussetzungen)

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 zameżna/zonaty w separacji rozwiedziona/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* bei Familienversicherung von Kindern Dane małżonki/małżonka, partnerki życiowej / partnera życiowego* do rodzinnego ubezpieczenia dzieci

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

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

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 eigenes.¹⁾ ja
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⁾Podanie tych danych jest obowiązkowe, jeśli małżonka/małżonek, partnerka/partner nie jest objęta/ty ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym oraz nie jest spokrewniona/ny z dziećmi, dla 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 die eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

* 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 w m x d** Kind w m x d** Kind w m x d**
Małżonek k m x i** Dziecko k m x i** Dziecko k m x i**

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

leibl. Kind²⁾ Stiefkind leibl. Kind²⁾ Stiefkind
biologiczne dziecko²⁾ pasierbica/pasierb biologiczne dziecko²⁾ pasierbica/
pasierb

²⁾Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden

²⁾Zaznaczyć „biologiczne dziecko” również w razie adopcji.

Enkel Pflegekind Enkel Pflegekind
wnuk podopieczny wnuk podopieczny

Der Ehegatte des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt

Małżonka/małżonek ubezpieczonego jest spokrewniona/ny z dzieckiem.

nein nein
nie 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 _____

selbst gesetzlich versichert selbst gesetzlich versichert selbst gesetzlich versichert
obowiązkowe ubezpieczenie ustawowe obowiązkowe ubezpieczenie ustawowe obowiązkowe ubezpieczenie ustawowe

privat versichert privat versichert privat versichert
ubezpieczenie prywatne ubezpieczenie prywatne ubezpieczenie prywatne

familienversichert bei familienversichert bei familienversichert bei
ubezpieczenie rodzinne z ubezpieczenie rodzinne z ubezpieczenie rodzinne z

Name, Vorname _____

Nazwisko, imię _____

nicht versichert nicht versichert nicht versichert
brak ubezpieczenia brak ubezpieczenia brak ubezpieczenia

** w = weiblich, m = männlich, x = unbestimmt, d = divers

** k = kobieta, m = mężczyzna, x = nie określono, i = inna płeć

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
	_____ €	_____ €	_____ €
	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 ... Szkola/studia od ...	_____	_____	_____
bis voraussichtlich ... (ab 23 Jahren bitte Nachweis beifügen) do przewidywanego terminu ... (powyżej 23 roku życia należy dołączyć zaświadczenie)	_____	_____	_____
Wehr- oder Zivildienst bzw. Freiwilligendienst von ... bis ... (bitte Nachweis beifügen) Służba wojskowa lub cywilna bądź wolontariat od ... do ... (proszę dołączyć zaświadczenie)	_____	_____	_____
Es bestehen anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufs- genossenschaft oder anderen Trägern. 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 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!

Einwilligungserklärungen Deklaracje zgody

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

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji przez firmę KKH na tematy zaznaczone poniżej drogą e-mailową i telefoniczną, a także na *przechowywanie, przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych kontaktowych* w tych celach do końca trwania okresu mojego ubezpieczenia w KKH.

- Kundenbefragung**
Ankietowanie klientów
- 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.

Powyższa zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie poprzez złożenie oświadczenia do firmy KKH, bez wymogu określonej formy, 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.

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.

	X		X
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/-tem 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 Hauptverwaltung, 30125 Hannover.

Wypełniony wniosek należy przesyłać do KKH Hauptverwaltung, 30125 Hannover.