

**Kwestionariusz dotyczący
przyjęcia do ubezpieczenia
rodzinnego**
Ogólne dane członka

▶ Do tej pory byłem

☐ ubezpieczony w ramach własnego członkostwa w

nazwa kasy chorych

☐ w ramach ubezpieczenia rodzinnego w

Nazwa kasy chorych

☐ nie byłem ubezpieczony w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego

▶ Stan cywilny: ☐ wolny ☐ żonaty/zamężna ☐ w separacji ☐ rozwiedziony ☐ owdowiały

Pola daty są w całości w formacie

dd.mm.rrrr

☐ Zarejestrowane partnerstwo zgodnie z ustawą o partnerstwie (w tym przypadku dane należy podać w rubryce „małżonek”) od

▶ Powód przystąpienia do ubezpieczenia rodzinnego:

☐ Początek mojego członkostwa ☐ Narodziny dziecka Zakończenie ☐ Małżeństwo Inne
☐ poprzedniego członkostwa członka rodziny Maks. 15 znaków

▶ Początek ubezpieczenia rodzinnego:

▶ W razie pytań jestem dostępny w ciągu dnia pod numerem telefonu (informacja podana dobrowolnie).

▶ Mój adres e-mail to (podanie tego danych jest dobrowolne).

Dane dotyczące członków rodziny

Poniższe dane są zasadniczo wymagane tylko w przypadku członków rodziny, którzy mają być objęci naszym ubezpieczeniem rodzinnym. W drodze odstępstwa od tej zasady potrzebujemy niektórych informacji dotyczących Państwa małżonka/partnera życiowego również wtedy, gdy mają Państwo być objęci naszym ubezpieczeniem rodzinnym wyłącznie w odniesieniu do swoich dzieci, a Państwa małżonek/partner życiowy jest spokrewniony z tymi dziećmi. W takim przypadku oprócz danych ogólnych wymagane są informacje dotyczące ubezpieczenia małżonka/partnera życiowego oraz – o ile nie jest on ubezpieczony ustawowo – dodatkowe informacje dotyczące jego dochodów; dochody te muszą być potwierdzone zaświadczeniami o dochodach, a dodatki wypłacane z tytułu stanu cywilnego nie mogą być uwzględniane w danych dotyczących dochodów.

Należy pamiętać, że jednocześnie posiadanie ubezpieczenia rodzinnego w różnych kasach chorych jest prawnie niedopuszczalne. Dlatego prosimy o podanie danych w taki sposób, aby wykluczyć możliwość posiadania podwójnego ubezpieczenia rodzinnego.

Ogólne informacje o członkach rodziny

	Małżonek	Dziecko	Dziecko	Dziecko
Nazwisko				
* Proszę dołączyć akt małżeństwa lub akt urodzenia, jeśli małżonek/partner lub dzieci mają inne nazwisko i nie przedłożyli Państwo jeszcze tych dokumentów.				
Imię				
Płeć (m = mężczyzna, w = kobieta, d = różnorodne, x = Data urodzenia)	☐ (m) ☐ (w) ☐ (d) ☐ (x)	☐ (m) ☐ (k) ☐ (d) ☐ (x)	☐ (m) ☐ (w) ☐ (d) ☐ (x)	☐ (m) ☐ (w) ☐ (d) ☐ (x)
Adres odbiegający od adresu członka				
Stopień pokrewieństwa członka z dzieckiem (* Termin „dziecko biologiczne” należy stosować również w przypadku adopcji).		☐ biologiczne ☐ dziecko* nasierb ☐ Wnuk Dziecko ☐ zastępcze	☐ biologiczne ☐ dziecko* pasierb ☐ wnuk ☐ Dziecko	☐ biologiczne ☐ dziecko* pasierb ☐ wnuk ☐ Dziecko
Czy małżonek jest spokrewniony z dzieckiem? (Proszę zaznaczyć tylko w przypadku braku pokrewieństwa).		☐ (nie)	☐ (nie)	☐ (nie)

Informacje dotyczące ostatniego dotychczasowego lub nadal obowiązującego ubezpieczenia członków

	Małżonek	Dziecko	Dziecko	Dziecko
Dotychczasowe ■ ubezpieczenie wygasło w dniu:				
Rodzaj dotychczasowego ubezpieczenia	☐ Członkostwo ☐ Ubezpieczeni e rodzinne ☐ nieobowiązkowe	☐ Członkostwo ☐ Ubezpieczeni e rodzinne ☐ nieobowiązkowe	☐ Członkostwo ☐ Ubezpieczeni e rodzinne ☐ nieobowiązkowe	☐ Członkostwo ☐ Ubezpieczeni e rodzinne ☐ nieobowiązkowe
Jeśli ostatnio istniało ubezpieczenie rodzinne, imię i nazwisko osoby, od której członkostwa pochodziło ubezpieczenie rodzinne.				
Dotychczasowe ubezpieczenie nadal obowiązuje w: (nazwa kasy chorych/ubezpieczenia zdrowotnego)				

Inne informacje dotyczące członków rodziny				
	Małżonek	Dziecko	Dziecko	Dziecko
Nazwisko*				
Imię				
Prowadzę działalność gospodarczą	☐ Tak	☐ Tak	☐ Tak	☐ Tak
Zysk z działalności na własny rachunek (miesięcznie). Proszę dołączyć kopię aktualnego zeznania podatkowego				
Wynagrodzenie brutto z tytułu zatrudnienia w niepełnym wymiarze godzin (miesięcznie)				
Czy otrzymujesz zasiłek dla bezrobotnych II lub zasiłek socjalny?	☐ Tak	☐ Tak	☐ Tak	☐ Tak
Emerytura ustawowa, świadczenia emerytalne, emerytura zakładowa, emerytura zagraniczna, inne emerytury (kwota miesięczna) Proszę dołączyć dokumenty potwierdzające dochody!				
Inne regularne miesięczne dochody w rozumieniu przepisów dotyczących podatku dochodowego (np. wynagrodzenie brutto z tytułu zatrudnienia powyżej nieznacznego wymiaru czasu pracy, dochody z wynajmu i dzierżawy, dochody z kapitału, odszkodowanie za utratę pracy) Proszę dołączyć zaświadczenia o dochodach!				
Uczęszczanie do szkoły/studia od 18 roku życia (W przypadku dzieci powyżej 23 roku życia proszę dołączyć zaświadczenie o uczęszczaniu do szkoły lub studiowaniu)	_____	od do	od do	od do
dobrowolna służba wojskowa lub (federalna) służba cywilna (proszę dołączyć zaświadczenie o okresie służby, o ile nie zostało to jeszcze zrobione)	_____	od do	od do	od do
Dane dotyczące nadania numeru ubezpieczenia zdrowotnego dla członków rodziny objętych ubezpieczeniem rodzinnym				
	małżonek	Dziecko	Dziecko	Dziecko
Własny numer ubezpieczenia emerytalnego (RV-Nr.)				
Nazwisko panińskie				
Miejsce urodzenia				
Kraj urodzenia				
Obywatelstwo				

Potwierdzam prawdziwość podanych informacji. O wszelkich zmianach poinformuję Państwa niezwłocznie. Dotyczy to w szczególności sytuacji, gdy zmieni się dochód moich wyżej wymienionych członków rodziny (np. nowe zeznanie podatkowe w przypadku samozatrudnienia) lub gdy zostaną oni członkami (innej) kasy chorych.

Miejsce, data

Podpis członka

Podpisem niniejszym oświadczam, że uzyskałem zgodę członków rodziny na przekazanie wymaganych danych.

W razie potrzeby podpis członków rodziny

W przypadku członków rodziny mieszkających osobno wystarczy podpis członka rodziny.

Informacja dotycząca ochrony danych:

Abyśmy mogli ocenić ubezpieczenie rodzinne, konieczna jest Państwa współpraca zgodnie z §§ 10 ust. 6, 289 SGB V. Dane należy zebrać w celu ustalenia stosunku ubezpieczeniowego (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 31a SGB X, § 25 SGB XI). Zgodnie z § 60 SGB I brak współpracy może prowadzić do utraty ochrony ubezpieczeniowej przez członków rodziny. Dane, które nie są niezbędne do sprawdzenia ubezpieczenia rodzinnego, mogą zostać zamazane na dokumentach. Dobrowolne podanie danych kontaktowych będzie wykorzystywane wyłącznie w celu uzyskania informacji dotyczących stosunku ubezpieczeniowego. Ogólne informacje na temat przetwarzania danych i przysługujących Państwu praw można znaleźć na stronie www.aok.de/bayern/datenschutzrechte lub uzyskać w każdym oddziale AOK. W razie pytań prosimy o kontakt z AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, Carl-Wery-Str. 28, 81739 Monachium lub naszym inspektorem ochrony danych pod adresem datenschutz@by.aok.de