

# Deklaracja przystąpienia

  Beitrittserklärung

# KKH

## Ogólne dane ubezpieczonego

Allgemeine Angaben zum Mitglied

**Tak, chcę zostać członkiem KKH od dnia** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(stopień naukowy) nazwisko, imię | (Akad. Grad) Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Jeśli dotyczy nazwisko panieńskie | Ggf. Geburtsname    Data urodzenia | Geburtsdatum

Płeć:  kobieta     mężczyzna     inna\*     nieokreślona  
Geschlecht: weiblich    männlich    divers\*    unbestimmt

\_\_\_\_\_  
Miejsce urodzenia | Geburtsort    Narodowość | Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
ulica, numer domu | Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Adres dodatkowy | Adresszusatz

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy | PLZ    Miejscowość | Ort

\_\_\_\_\_  
Numer telefonu\*\* | Telefonnummer\*\*    e-mail\*\* | E-Mail\*\*

Jestem:  panną/kawalerem     zamężną/zonaty     w związku\*\*\*  
Ich bin: ledig    verheiratet    verpartnert\*\*\*  
 rozwiedziona/rozwiedziony     wdową/wdowcem  
geschieden    verwitwet

\_\_\_\_\_  
Numer ubezpieczenia emerytalnego (RVNR) | Rentenversicherungsnummer     brak danych  
noch keine vorhanden

\_\_\_\_\_  
Numer ubezpieczenia zdrowotnego (KVNR) | Krankenversicherungsnummer     brak danych  
noch keine vorhanden

## Chciałabym/chciałbym zmienić Kasę Chorych z następującego powodu

Ich möchte aus folgendem Grund die Krankenkasse wechseln

- Zmiana pracodawcy/rozpoczęcie zatrudnienia  
Arbeitgeberwechsel/Aufnahme Beschäftigung
- Rozpoczęcie okresu bezrobocia  
Eintritt in die Arbeitslosigkeit
- Rozpoczęcie samozatrudnienia  
Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit
- Podjęcie studiów  
Aufnahme eines Studiums
- Wygaśnięcie okresu wiążącego/rozwiązanie umowy  
Ablauf der Bindefrist/Kündigung
- Zwiększenie dodatkowej składki w mojej dotychczasowej Kasie Chorych  
Erhöhung des Zusatzbeitrages meiner bisherigen Krankenkasse
- Zmiana z innych powodów  
Wechsel aus anderen Gründen
- Przyjazd z zagranicy  
Zuzug aus dem Ausland

## Ogólne informacje na temat ochrony ubezpieczeniowej

Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz

**Jestem ... | Ich bin ...**

- w stosunku pracy  
in einem Beschäftigungsverhältnis
- w trakcie studiów  
im Studium
- rencistką/rencistą  
im Rentenbezug
- bezrobotna(-y) i otrzymuję zasiłek dla bezrobotnych/zasiłek obywatelski (ALG II)  
im Bezug von Arbeitslosengeld/Bürgergeld (ALG II)
- Inne  
Sonstiges
- w trakcie szkolenia  
in einer Ausbildung
- samozatrudniony(-a)  
selbstständig
- emerytką/emerytem lub emerytowanym urzędnikiem służby cywilnej  
im Pensions- oder Beamtenbezug

\_\_\_\_\_  
Numer firmy | Betriebsnummer

\_\_\_\_\_  
Nazwa pracodawcy/ uczelni/agencji pracy /Jobcenter/ podmiotu wypłacającego świadczenia emerytalne | Name Arbeitgeber/Hochschule/Agentur für Arbeit/Jobcenter/Rententräger

\_\_\_\_\_  
Numer klienta (agencja pracy)/numer BG (urząd pracy) | Kundennummer (Agentur für Arbeit/ BG-Nummer (Jobcenter)

\_\_\_\_\_  
Ulica, numer domu | Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy | Postleitzahl    Miejscowość | Ort

\_\_\_\_\_  
Kraj | Land

\_\_\_\_\_  
Zatrudniony/bezrobotna(-y) w trakcie studiów/renta-emerytura od    wynagrodzenie roczne brutto (w euro)  
Beschäftigt/arbeitslos/im Studium/Rente seit    jährliches Bruttoentgelt (in €)

- Jestem w związku małżeńskim/pokrewieństwa z pracodawcą.  
Ich bin mit dem Arbeitgeber verheiratet/verwandt.
  - żoną/mężem     matką/ojcem     babcią/dziadkiem  
Ehemann/-frau    Vater/Mutter    Großvater/-mutter
- Jestem dyrektorem zarządzającym i posiadam udziały w spółce (spółka).  
Ich bin Geschäftsführer und an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.

## Byłem ostatnio ubezpieczona(-y):

Ich war zuletzt versichert:

- obowiązkowo (np. pracownik, student, emeryt)  
Pflichtmitglied (z. B. Arbeitnehmer, Student, Rentner)
- dobrowolnie (np. pracownik, osoba samozatrudniona, dziecko, student, współmałżonek)  
freiwilliges Mitglied (z. B. Arbeitnehmer, Selbstständiger, Kind, Student, Ehegatte)
- prywatnie /objęta(-y) darmową opieką medyczną/otrzymywałam(-em) zasiłek  
privat krankenversichert/Freie Heilfürsorge/Beihilfe
- rodzinie  
familienversichert



\*różna w rozumieniu § 22 ust. 3 PStG \*\* informacje dobrowolne \*\*\* Osoby tej samej płci, które zadeklarowały swój związek partnerski zgodnie z ustawą o zarejestrowanych związkach partnerskich (LPartG), są uważane za partnerów życiowych.

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

za granicą  
im Ausland versichert

od | von do | bis

nazwa aktualnej Kasy Chorych (prywatnej, ustawowej, zagranicznej)  
Name der derzeitigen Krankenkasse (private, gesetzliche, ausländische)

Kod ustawowej Kasy Chorych w Niemczech  
Institutskennzeichen der gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland

Adres wyżej wymienionej Kasy Chorych  
Anschrift der o. g. Krankenkasse

Międzynarodowy numer ubezpieczenia | Internationale Versicherungsnummer

Rozpoczęcie z dniem przyjazdu z zagranicy  
Beginn mit Zuzug aus dem Ausland

Rozpoczęcie nie z dniem przyjazdu  
Beginn nicht mit Zuzug aus dem Ausland

Chciałabym/chciałbym ubezpieczyć się w Niemczech po raz pierwszy.  
Ich möchte mich erstmalig in Deutschland versichern.

Pochodzę z kraju UE.  
Ich komme aus einem EU-Land.

Miałam/miałem ustawowe ubezpieczenie za granicą.  
Ich war im Ausland gesetzlich versichert.

#### Dodatkowe informacje dla studentów:

Zusätzliche Angaben bei Studenten:

Zobowiązuję się do płacenia miesięcznej składki.  
Ich beantrage die monatliche Beitragszahlung.

Rozpocznam studia pierwszego stopnia.  
Ich beginne mein Erststudium.

#### Dodatkowe informacje dla emerytów/rencistów:

Zusätzliche Angaben bei Rentnern:

Otrzymuję następującą(-e) rentę/emeryturę(-y)  
Ich erhalte folgende Rente/n

renta rodzinna  
Waisenrente

emerytura  
Altersrente

renta wdowia  
Witwen-/Witwerrente

renta z tytułu ograniczonej zdolności do zarobkowania  
Erwerbsminderungsrente

Otrzymuję emeryturę pracowniczą lub świadczenie emerytalne za pośrednictwem:

Ich erhalte eine Betriebsrente oder Versorgungsbezug durch:

Nazwa ubezpieczyciela | Name des Trägers

#### Inne pozycje dochodu/ubezpieczenia:

Weitere Einkünfte/Versicherungstatbestände:

Wykonuję inny zawód.  
Ich habe eine weitere Beschäftigung.

Otrzymuję dodatkową rentę (np. rentę rodzinną, rentę wdowią, emeryturę pracowniczą lub rentę z tytułu niezdolności do pracy).  
Ich beziehe eine zusätzliche Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug).

Otrzymuję dodatkowo zasiłek obywatelski (ALG II).  
Ich beziehe zusätzlich Bürgergeld (ALG II).

Studiuję zaocznie.  
Ich studiere nebenbei.

Mam własną działalność.  
Ich bin nebenbei selbstständig.

Nazwa pracodawcy /uczelni /agencji pracy/ Jobcenter/ podmiotu wypłacającego świadczenia emerytalne | Name Arbeitgeber/Hochschule/Agentur für Arbeit/Jobcenter/Rententräger

Zatrudniony/bezrobotny/w trakcie studiów/samozatrudniony/emerytowany/VSB od  
Beschäftigt/arbeitslos/im Studium/selbstständig/Rente/VSB seit

#### Inne:

Sonstiges:

Chciałabym/chciałbym ubezpieczyć członków rodziny bezpłatnie.  
Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern.

#### Ubezpieczenie pielęgnacyjne w KKH: Rejestracja obejmuje ubezpieczenie pielęgnacyjne w KKH.

Pflegekasse bei der KKH: Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH mit ein.

Jestem zwolniony z ubezpieczenia na wypadek opieki długoterminowej.

Ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit.

Informacje te są niezbędne do realizacji zadań KKH, w szczególności cirozpatrywania wniosków; dane są gromadzone na podstawie § 284 SGB V i § 94 SGB XI i przetwarzane. Więcej informacji na temat przetwarzania danych i praw użytkownika można znaleźć w załączonych informacjach oraz na naszej stronie internetowej [kkh.de/datenschutz](http://kkh.de/datenschutz). Swoim podpisem potwierdzam dokładność wszystkich informacji zawartych w niniejszym wniosku.

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.

Data  
Datum

X  
Podpis  
Unterschrift