

Dane głównej osoby ubezpieczonej

Nazwisko: _____

Imię: _____

Numer ubezpieczenia:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

liknij tutaj, aby usunąć całą zawartość formularza.

3. Dane członków rodziny mieszkających za granicą (proszę zaznaczyć tylko w odpowiednich przypadkach)

1. osoba	2. osoba	3. osoba	4. osoba
Czy zaświadczenie jest konieczne?			
☐ tak, od _____ ☐ nie	☐ tak, od _____ ☐ nie	☐ tak, od _____ ☐ nie	☐ tak, od _____ ☐ nie
3.1 Nazwisko, Imię: Nazwisko _____ Imię _____	Nazwisko _____ Imię _____	Nazwisko _____ Imię _____	Nazwisko _____ Imię _____
3.2 Płeć (m = mężczyzna, k = kobieta, x = nieokreślona, d = inna): ☐ (m) ☐ (k) ☐ (x) ☐ (d) ☐ (m) ☐ (k) ☐ (x) ☐ (d) ☐ (m) ☐ (k) ☐ (x) ☐ (d) ☐ (m) ☐ (k) ☐ (x) ☐ (d)			
3.3 Data urodzenia: Data urodzenia _____	Data urodzenia _____	Data urodzenia _____	Data urodzenia _____
3.4 Nazwisko rodowe, Miejsce urodzenia, Kraj urodzenia:			
Nazwisko rodowe _____ Miejsce urodzenia _____ Kraj urodzenia _____	Nazwisko rodowe _____ Miejsce urodzenia _____ Kraj urodzenia _____	Nazwisko rodowe _____ Miejsce urodzenia _____ Kraj urodzenia _____	Nazwisko rodowe _____ Miejsce urodzenia _____ Kraj urodzenia _____
3.5 Obywatelstwo: Obywatelstwo _____	Obywatelstwo _____	Obywatelstwo _____	Obywatelstwo _____
3.6 Stopień pokrewieństwa (dane niewymagane):			
☐ Współmatzonek/ współmatzonka ☐ Partner/partnerka ☐ Dziecko ☐ Inne (proszę podać): _____	☐ Współmatzonek/ współmatzonka ☐ Partner/partnerka ☐ Dziecko ☐ Inne (proszę podać): _____	☐ Współmatzonek/ współmatzonka ☐ Partner/partnerka ☐ Dziecko ☐ Inne (proszę podać): _____	☐ Współmatzonek/ współmatzonka ☐ Partner/partnerka ☐ Dziecko ☐ Inne (proszę podać): _____
3.7 Adres zamieszkania (Jeśli inny niż adres podany w punkcie I.6.a. Proszę podać datę przeprowadzki w przypadku zmiany):			
Ulica, numer domu _____ Dodatek adresowy (jeśli dotyczy) _____ Kod pocztowy, miejscowość _____ Kraj _____	Ulica, numer domu _____ Dodatek adresowy (jeśli dotyczy) _____ Kod pocztowy, miejscowość _____ Kraj _____	Ulica, numer domu _____ Dodatek adresowy (jeśli dotyczy) _____ Kod pocztowy, miejscowość _____ Kraj _____	Ulica, numer domu _____ Dodatek adresowy (jeśli dotyczy) _____ Kod pocztowy, miejscowość _____ Kraj _____
3.8 Czy członkowie rodziny pracują zarobkowo (są zatrudnieni lub samozatrudnieni)? Obejmuje to również zatrudnienie z niskim dochodem lub pracę z domu.			
☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) _____ Kraj _____	☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) _____ Kraj _____	☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) _____ Kraj _____	☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) _____ Kraj _____

1. osoba	2. osoba	3. osoba	4. osoba
3.9 Czy członkowie rodziny otrzymują świadczenia zastępujące dochód (np. zasiłek chorobowy lub zasiłek dla bezrobotnych)?			
☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) Kraj	☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) Kraj	☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) Kraj	☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) Kraj
3.10 Czy członkowie rodziny otrzymują rentę/emeryturę lub czy złożono o to wniosek?			
☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) Kraj	☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) Kraj	☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) Kraj	☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) Kraj
3.11 Czy członkowie rodziny posiadają własne ubezpieczenie zdrowotne w kraju zamieszkania?			
☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) Kraj	☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) Kraj	☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) Kraj	☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) Kraj
3.12 Czy członkowie rodziny są ubezpieczeni w kraju zamieszkania przez inną osobę (np. dziecko jest ubezpieczone przez drugiego)?			
☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) Kraj	☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) Kraj	☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) Kraj	☐ tak, od (dzień/miesiąc/rok) Kraj
3.13 Nazwa i adres funduszu ubezpieczeń zdrowotnych w kraju zamieszkania:			
Nazwa	Nazwa	Nazwa	Nazwa
Ulica, numer	Ulica, numer	Ulica, numer	Ulica, numer
Kod pocztowy, miejscowość	Kod pocztowy, miejscowość	Kod pocztowy, miejscowość	Kod pocztowy, miejscowość
Kraj	Kraj	Kraj	Kraj
Numer ubezpieczenia	Numer ubezpieczenia	Numer ubezpieczenia	Numer ubezpieczenia

- Potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie informacji. Bez pytania i bezzwłocznie poinformuję o wszelkich zmianach mojej sytuacji i/lub sytuacji członków mojej rodziny (np. przeprowadzka, wygaśnięcie uprawnień członków rodziny za granicą, wygaśnięcie ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny opłacanego przez inną osobę za granicą, podjęcie pracy zarobkowej itp.).
- Mam świadomość, że świadczenia, o które niestusznie wystąpiono, mogą zostać cofnięte, jeśli nie poinformuję o zmianie mojej sytuacji lub zrobię to z opóźnieniem.
- Swoim podpisem oświadczam, że mam zgodę członków mojej rodziny na podanie niezbędnych danych.

Miejscowość, data _____ Podpis osoby ubezpieczonej _____

Prosimy o przesłanie

e-mailem: zwkr-versicherte@plus.aok.de

faksem: **0800 1059002-999 (w Niemczech), 0049 351 320289 (z innego kraju)**

Wskazówka: Jeśli przesłanie faksem/e-mailem **powiedzie się**, nie jest konieczne wysyłanie oryginału wniosku!

Należy pamiętać, że niezaszyfrowana transmisja danych osobowych faksem lub e-mailem może zagrozić bezpieczeństwu danych (np. w przypadku nieprawidłowej dostawy).

Informacja o ochronie danych osobowych: Dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są wymagane do wypełnienia naszych ustawowych obowiązków zgodnie z § 284 ust. 1 zd. 1 pkt 2 i 4 niemieckiego kodeksu zabezpieczenia społecznego V w celu ubiegania się o świadczenia rzeczowe w kraju zamieszkania lub, w stosownych przypadkach, poza nim (art. 11, 17, 22, 24, 25 i 26 rozporządzenia (WE) nr 883/2004). Współpraca jest wymagana zgodnie z § 60 niemieckiego kodeksu zabezpieczenia społecznego I oraz art. 76 ust. 4 rozporządzenia (WE) nr 883/2004 i art. 3 ust. 2 rozporządzenia (WE) nr 987/2009. Brak współpracy może prowadzić do utrudnień w ubieganiu się o świadczenia rzeczowe lub do utraty prawa do świadczeń w kraju zamieszkania. Ogólne informacje na temat przetwarzania danych i praw można znaleźć na stronie: [Datenschutzrechte | AOK](#) (Ochrona danych osobowych | AOK) lub uzyskać w każdej placówce AOK.