



## Otrzymałaś (-eś) od nas formularz zgłoszenia do ubezpieczenia rodzinnego?

Na kolejnych stronach znajdziesz jego tłumaczenie. Wszelkie dane wprowadź do oryginalnego formularza **w języku niemieckim**. Po wypełnieniu odeślij podpisany druk pocztą na nasz adres. To **ważne** dla ochrony ubezpieczeniowej Twojej rodziny. Dziękujemy.

### **Objaśnienie:**

AOK Niedersachsen to kasa chorych dla całej rodziny. Korzyść dla Ciebie – w określonych przypadkach członkowie Twojej rodziny mogą uzyskać bezpłatną ochronę ubezpieczeniową. Jesteśmy prawnie zobowiązani do okresowej aktualizacji danych dotyczących członków rodziny. Obowiązek informacyjny obowiązuje również w przypadku, gdy nie zaszły żadne zmiany lub gdy nie zamierzasz ubezpieczyć żadnych członków rodziny.

Nasza sygnatura:

## Wniosek o przyjęcie do ubezpieczenia rodzinnego

Niniejsze informacje są wymagane od ...

### Ogólne dane osoby ubezpieczonej

- ▶ Do chwili obecnej byłem(-em) ubezpieczona(-y)
- w ramach indywidualnego członkostwa } w XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Nazwa i siedziba kasy chorych
- w ramach ubezp. rodzinnego
- nie byłem(-em) ustawowo ubezpieczona(-y)
- ▶ Stan cywilny:
- wolna/-y  żonaty/zamężna od XXXXXXXXXX (Wypełnij rubrykę „Małżonka(-ek)“)
- w separacji  rozwiedziona/-y od XXXXXXXXXX  wdowa/wdowiec
- w związku według niem. ustawy o zarejestrowanych związkach partnerskich – LPartG od XXXXXXXXXX  
(Wypełnij rubrykę „Małżonka(-ek)“)
- ▶ Termin rozpoczęcia ubezpieczenia rodzinnego XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, z powodu:
- Rozpoczęcia członkostwa  Narodzin dziecka  Ślubu
- Zakończenie poprzedniego członkostwa  Inne: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- ▶ W przypadku pytań jestem dostępna/-y pod numerem XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (dane dobrowolne).
- ▶ Mój adres mailowy XX (dane dobrowolne).

### Dane dotyczące członków rodziny

Podanie poniższych danych jest wymagane w przypadku osób bliskich, wnioskujących o ubezpieczenie rodzinne AOK. W stosunku do małżonki/małżonka lub partnerki/partnera możemy wymagać pojedynczych danych również w przypadku, gdy złożono wniosek o ubezpieczenie rodzinne wyłącznie dzieci, a małżonka/małżonek lub partnerka/partner jest z tymi dziećmi spokrewniona(-y). W takim przypadku konieczne jest również podanie informacji odnośnie ubezpieczenia tej osoby oraz, o ile nie jest ona ubezpieczona w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, danych dotyczących dochodów wraz z ich poświadczeniem. Dodatki wypłacane ze względu na stan cywilny należy przy podawaniu informacji o dochodach pominąć.

**Uwaga: jednoczesne zgłoszenie do ubezpieczenia rodzinnego w różnych kasach chorych jest niedopuszczalne. Z przekazanych informacji musi zatem wynikać, iż podwójne ubezpieczenie rodzinne nie ma miejsca**

Dane ogólne dotyczące członków rodziny				
	Małżonka/ małżonek	Dziecko	Dziecko	Dziecko
Numer ubezpieczenia zdrowotnego	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Nazwisko*	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
* W przypadku, gdy nazwiska osoby ubezpieczonej i pozostałych członków rodziny różnią się, konieczne jest dostarczenie dokumentów potwierdzających więzi rodzinne (np. akt ślubu, akt potwierdzający związek partnerski, akt urodzenia). Jeżeli nie jest to możliwe, przedłożyć należy inne zaświadczenia, np. o otrzymywaniu zasiłku na dziecko.				
Imię	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Płeć (m = mężczyzna, w = kobieta, x = nieokreślone, d = divers)	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Data urodzenia	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Adres inny niż osoby ubezpieczonej (o ile dotyczy)	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Stopień pokrewieństwa osoby ubezpieczonej z dzieckiem (* określenia „dziecko własne” należy użyć również w przypadku adopcji.)	XXX	Dziecko własne* pasierb wnuk dziecko obce	Dziecko własne* pasierb wnuk dziecko obce	Dziecko własne* pasierb wnuk dziecko obce
Czy małżonka/małżonek jest spokrewniona(-y) z dzieckiem? (Zakreślić przy braku pokrewieństwa)	XXX	<input type="checkbox"/> (nie)	<input type="checkbox"/> (nie)	<input type="checkbox"/> (nie)

Informacje dot. ostatniego bądź aktualnego ubezpieczenia członka rodziny				
	Małżonka/ małżonek	Dziecko	Dziecko	Dziecko
Aktualne ubezpieczenie o wygasa w dn.: o było zawarte w: (nazwa i siedziba kasy chorych)	XXXXXX XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXX XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXX XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXX XXXXXX XXXXXXXX
Rodzaj dotychczasowego ubezpieczenia zdrowotnego:	<input type="checkbox"/> Ustawowe <input type="checkbox"/> Rodzinne <input type="checkbox"/> Inne niż ustawowe	<input type="checkbox"/> Ustawowe <input type="checkbox"/> Rodzinne <input type="checkbox"/> Inne niż ustawowe	<input type="checkbox"/> Ustawowe <input type="checkbox"/> Rodzinne <input type="checkbox"/> Inne niż ustawowe	<input type="checkbox"/> Ustawowe <input type="checkbox"/> Rodzinne <input type="checkbox"/> Inne niż ustawowe
Jeśli istniało ubezpieczenie rodzinne proszę podać nazwisko i imię osoby, której ubezpieczeniem byłoby podstawą do zawarcia ubezpieczenia rodzinnego:	XXXXXXXX (Imię) XXXXXXXX (Nazwisko)	XXXXXXXX (Imię) XXXXXXXX (Nazwisko)	XXXXXXXX (Imię) XXXXXXXX (Nazwisko)	XXXXXXXX (Imię) XXXXXXXX (Nazwisko)
Dotychczasowe ubezpieczenie istnieje nadal w kasie chorych: (nazwa kasy chorych/ ubezpieczenia zdrowotnego)	XXX	XXX	XXX	XXX

Dane dodatkowe dotyczące członków rodziny				
	Małżonka/ małżonek	Dziecko	Dziecko	Dziecko
Własna działalność gospodarcza	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak
Zysk z własnej działalności gospodarczej (miesięcznie): <b>proszę załączyć kopię aktualnej decyzji podatkowej</b>	XXXX...EUR	XXXX...EUR	XXXX...EUR	XXXX...EUR
Dochód brutto za pracę w niepełnym wymiarze pracy (miesięcznie)	XXXX...EUR	XXXX...EUR	XXXX...EUR	XXXX...EUR
Emerytura państwowa, emerytura zagraniczna, uposażenie emerytalne, emerytura zakładowa, inne świadczenia (wysokość miesięcznie)	XXXX...EUR	XXXX...EUR	XXXX...EUR	XXXX...EUR
Inne regularne dochody miesięczne w myśl ustawy o podatku dochodowym (np. dochód brutto za pracę w niepełnym wymiarze pracy, przychody z <b>wynajmu i dzierżawy</b> , przychody z <b>majątku kapitałowego</b> ), inne dochody (np. <b>odprawa</b> w pracy)	XXXX...EUR XXXXXXXX (rodzaj dochodów)	XXXX...EUR XXXXXXXX (rodzaj dochodów)	XXXX...EUR XXXXXXXX (rodzaj dochodów)	XXXX...EUR XXXXXXXX (rodzaj dochodów)
Szkoła/studia (w przypadku dzieci powyżej 23 lat załącz odpowiednie zaświadczenie o kształceniu)	XXX	od XXXXX do XXXXX	od XXXXX do XXXXX	od XXXXX do XXXXX
Nazwa i adres szkoły/universytetu	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX
Służba wojskowa lub wolontariat (Załącz odpowiednie świadectwo służbowe)	XXX	od XXXXX do XXXXX	od XXXXX do XXXXX	od XXXXX do XXXXX

Pozostałe dane dotyczące członków rodziny				
	Małżonka/ małżonek	Dziecko	Dziecko	Dziecko
Indywidualny nr ubez. emerytalnego (RV-Nr.)	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Nazwisko rodowe	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Miejsce urodzenia – <b>dane obowiązkowe</b>	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Kraj urodzenia – <b>dane obowiązkowe</b>	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Obywatelstwo	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

Poświadczam prawdziwość powyższych informacji. Wszelkie zmiany zostaną przeze mnie niezwłocznie zgłoszone. Dotyczy to w szczególności zmian w wysokości moich dochodów lub dochodów członków mojej rodziny (np. nowa decyzja podatkowa w odniesieniu do własnej działalności gospodarczej) lub zmiany kasy chorych przez członków mojej rodziny

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Miejscowość, data

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Podpis osoby ubezpieczonej

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

ewent. podpis członka rodziny

Niniejszym oświadczam, iż niniejsze dane zostały przekazane za zgodą członków rodziny.

W przypadku członków rodziny żyjących w osobnych gospodarstwach domowych wystarczy podpis danego członka rodziny wystarczy podpis członka rodziny.