



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: -

Formularz weryfikacyjny ubezpieczenia rodzinnego (Bestandspflege)

Informacje są konieczne od 01.01.2019

1. Ogólne dane osoby ubezpieczonej

► Moja sytuacja rodzinna:

zamężna/zonaty | | lub

w związku partnerskim zgodnie z ustawą o

zarejestrowanych związkach partnerskich od | |

w separacji

stanu wolnego wdowa/wdowiec rozwiedziona(-y) | |

O ile konieczne, wypełnij pola „Małżonka(-ek)“ punkt 2.

► W przypadku pytań jestem dostępna(-y) pod nr tel. (dane dobrowolne).

► Mój adres mailowy: (dane dobrowolne).

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(-ek)	Dziecko	Dziecko	Dziecko
Numer ubezpieczenia zdrowotnego	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Nazwisko	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Imię	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Data urodzenia	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Adres (o ile inny niż osoby ubezpieczonej)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
a) Inna kasa chorych? Czy małżonka(-ek)/partner(-ka) bądź dzieci są lub były ubezpieczone w innej kasie chorych niż AOK Niedersachsen?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak
b) Dochody Czy Twoi bliscy posiadają własne dochody, wynikające np. z zatrudnienia (również w niepełnym wymiarze), własnej działalności, prac studenckich, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku obywatelskiego, emerytury, lub też inne regularne dochody z czynszu, dzierżawy, kapitału, itd?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak
c) Czy miała miejsce służba wojskowa, zastępcza, w stowarzyszeniu młodzieżowym, służba wolontariacka?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak
! Jeśli tak – załącz zaświadczenie!				
d) Dotyczy dzieci od 23-go roku życia: Czy dziecko uczy się/studiuje?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak
! Jeśli tak – załącz zaświadczenie szkolne/ze studiów!				

! Jeżeli nie odpowiedział(-eś) na żadne z pytań „Tak“ - odwróć stronę, podpisz formularz i odeślij go na nasz adres w załączonej kopercie zwrotnej!

! W innym przypadku wypełnij kolejną stronę i załącz odpowiednie zaświadczenia.

3. Dane uzupełniające odnośnie okresów ubezpieczenia w innej kasie chorych

Wypełnij, jeśli przy pytaniu 2 a) na poprzedniej stronie zaznaczyłaś(-eś) min. 1 x „Tak“!

	Małżonka(-ek)	Dziecko	Dziecko	Dziecko
Okresy ubezpieczenia w innej kasie chorych: <input type="checkbox"/> Okres <input type="checkbox"/> Nazwa kasy chorych <input type="checkbox"/> Rodzaj ubezpieczenia: (Podaj również okresy ubezpieczenia, które miały miejsce jeszcze przed podlegającym weryfikacji przedziale czasu.)	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. w ..XXXXX.. ..XXXXXXXXX (Nazwa i siedziba kasy chorych) <input type="checkbox"/> członek <input type="checkbox"/> ubezpiecz. rodzinne <input type="checkbox"/> bez ustawowego ubezpieczenia	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. w ..XXXXX.. ..XXXXXXXXX (Nazwa i siedziba kasy chorych) <input type="checkbox"/> członek <input type="checkbox"/> ubezpiecz. rodzinne <input type="checkbox"/> bez ustawowego ubezpieczenia	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. w ..XXXXX.. ..XXXXXXXXX (Nazwa i siedziba kasy chorych) <input type="checkbox"/> członek <input type="checkbox"/> ubezpiecz. rodzinne <input type="checkbox"/> bez ustawowego ubezpieczenia	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. w ..XXXXX.. ..XXXXXXXXX (Nazwa i siedziba kasy chorych) <input type="checkbox"/> członek <input type="checkbox"/> ubezpiecz. rodzinne <input type="checkbox"/> bez ustawowego ubezpieczenia

4. Dane uzupełniające odnośnie dochodów osób bliskich

Wypełnij, jeśli przy pytaniu 2 b) na poprzedniej stronie zaznaczyłaś(-eś) min. 1 x „Tak“!

Podaj dochody wszystkich bliskich objętych ubezpieczeniem rodzinnym w kasie AOK Niedersachsen. W przypadku małżonków/partnerów nieobjętych ubezpieczeniem ustawowym (ubezpieczenie prywatne, ubezpieczenie urzędnicze, zasiłek urzędniczy) konieczne jest udokumentowanie dochodów.

	Małżonka(-ek)	Dziecko	Dziecko	Dziecko
Własna działalność gospodarcza*: <input type="checkbox"/> Okrestrwania <input type="checkbox"/> Zysk z działalności (miesięcznie) Załącz kopię aktualnej decyzji podatkowej	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR ..XXXXXXXXX (rodzaj dochodów)	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR ..XXXXXXXXX (rodzaj dochodów)	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR ..XXXXXXXXX (rodzaj dochodów)	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR ..XXXXXXXXX (rodzaj dochodów)
Inne regularne dochody miesięczne w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym: <input type="checkbox"/> Dochody z najmu/dzierżawy <input type="checkbox"/> Dochody z kapitału <input type="checkbox"/> Inne	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR ..XXXXXXXXX (rodzaj dochodów)	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR ..XXXXXXXXX (rodzaj dochodów)	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR ..XXXXXXXXX (rodzaj dochodów)	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR ..XXXXXXXXX (rodzaj dochodów)
Zatrudnienie w niepełnym wymiarze*: <input type="checkbox"/> Okres zatrudnienia <input type="checkbox"/> Dochody brutto (średnia miesięczna)	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR
Zasiłek dla bezrobotnych (Arbeitslosengeld II) lub świadczenie obywatelskie (Bürgergeld)	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR
Emerytura, świadczenia emerytalno-rentowe, emerytura zakładowa, emerytura pobierana w innym kraju, inne świadczenia emerytalno-rentowe (kwota miesięczna) W przypadku emerytur zagranicznych prosimy ozałączyć!	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR ..XXXXXXXXX (rodzaj dochodów)	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR ..XXXXXXXXX (rodzaj dochodów)	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR ..XXXXXXXXX (rodzaj dochodów)	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR ..XXXXXXXXX (rodzaj dochodów)
Zatrudnienie dłuższe niż niepełny wymiar*: <input type="checkbox"/> Okres zatrudnienia <input type="checkbox"/> Dochody brutto (średnia miesięczna) Załącz zaświadczenia!	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR	od ..XXXXX.. do ..XXXXX.. ..XXXXX EUR

* Podaj również prace/rodzaje zatrudnienia, które miały miejsce jeszcze przed podlegającym weryfikacji przedziale czasu.

Poświadczam prawdziwość powyższych informacji. Wszelkie zmiany zostaną przeze mnie niezwłocznie zgłoszone. W szczególności dotyczy to zmian w dochodach własnych bądź moich bliskich (np. nowa decyzja podatkowa w przypadku własnej działalności gospodarczej) lub też w przypadku zmiany kasy chorych.

2 0 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Podpis osoby ubezpieczonej

ew. podpis członka rodziny

Niniejszym zaświadczam, że dane członków rodziny zostały podane za ich zgodą.

W przypadku członków rodziny spoza wspólnego gospodarstwa domowego wystarczy podpis członka rodziny.