

Informacje osobiste Persönliche Angaben

Wybieram członkostwo w IKK classic od dnia
(lub od następnego możliwego momentu.)
Ich wähle die IKK classic ab (bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt)

Moje dane osobowe Meine persönlichen Daten

Kobieta weiblich Mężczyzna männlich Inne diverse divers

Imię Vorname

Nazwisko Name

Ulica, numer domu Straße, Hausnummer

Kod pocztowy, miejscowość PLZ, Ort

Nr. tel. (w ciągu dnia)* Telefon (tagsüber)*

E-Mail* E-Mail*

Data urodzenia Geburtsdatum

Nr ubezpieczenia emerytalnego Rentenversicherungsnummer

Stan cywilny Familienstand

stanu wolnego ledig żonaty/zamężna, od verheiratet, seit

rozwiedziony(-a), od geschieden, seit

wdowiec/wdowa, od verwitwet, seit

W przypadku braku numeru ubezpieczenia emerytalnego wymagane są
następujące informacje Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben,
benötigen wir folgende Angaben:

Miejsce urodzenia Geburtsort

Nazwisko rodowe Geburtsname

Obywatelstwo Staatsangehörigkeit

Moje dotychczasowe ubezpieczenie Meine bisherige Versicherung

Byłem ostatnio objęty Ich war zuletzt

ubezpieczeniem obowiązkowym pflichtversichert

ubezpieczeniem rodzinnym familienversichert

ubezpieczeniem dowolnym freiwillig versichert

ubezpieczeniem prywatnym privat versichert

W ciągu ostatnich 18 miesięcy nie miałem/łam ubezpieczenia
zdrowotnego w Niemczech Ich war in den letzten 18 Monaten nicht in
Deutschland krankenversichert

od vom do bis
data Datum data Datum

w kasie chorych bei der
nazwa kasy chorych Name der Vorversicherung

W przypadku zmiany kasy chorych proszę dołączyć potwierdzenie wypowiedzenia
Bei Wechsel der Krankenkasse durch Kündigung bitte Kündigungsbestätigung beifügen.

Numer ubezpieczenia zdrowotnego Meine Krankenversicherungsnummer
(patrz elektroniczna karta ubezpieczonego, litera + 9 cyfry)
(s. Gesundheitskarte, Buchstabe und 9 Ziffern)

Informacje dotyczące umowy ubezpieczenia

Angaben zum Versicherungsverhältnis

Jestem Ich bin

Pracownikiem Arbeitnehmer

Osobą uczącą się zawodu Auszubildender

Pracownikiem objętym dobrowolnym ubezpieczeniem
freiwillig versicherter Arbeitnehmer

Osobą prowadzącą działalność gospodarczą selbstständig

Rentnistą (emerytem)/osobą ubiegającą się o rentę (emeryturę)
Rentner/Rentenantragssteller

Artystą Künstler

Osobą pobierającą zasiłek dla bezrobotnych lub zasiłek dla
bezrobotnych II** Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II

Pracownik sezonowy, ważne do
Saisonarbeiter, voraussichtlich bis

Inne Sonstiges
(np. student, praktykant, rehabilitant)
(z. B. Student, Praktikant, Rehabilitant)

Nazwa pracodawcy/agencji pracy/jobcenter/wspólnoty

Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter/Kommune

Ulica, numer domu Straße, Hausnummer

Kod pocztowy, miejscowość PLZ, Ort

Nr. tel. Telefon

Numer identyfikacyjny firmy/numer klienta Betriebs-/Kunden-Nr.

Stosunek z pracodawcą

Ich bin mit dem Arbeitgeber

żonaty/zamężna verheiratet

spokrewniony verwandt

Pobieram świadczenia emerytalne niemieckiego Funduszu
Ubezpieczeń Emerytalnych i/lub świadczenia emerytalne z zagranicy**
Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung und/oder eine
ausländische gesetzliche Rente.**

Otrzymuję rentę/emeryturę** (np. rentę (emeryturę) pracowniczą/emeryturę)
Ich erhalte Versorgungsbezüge** (z. B. Betriebsrente/Pension)

Inne* Sonstiges*

- Tak, jestem zainteresowany ubezpieczeniem rodzinnym dla krewnych, którzy nie są sami członkami obowiązkowej kasy chorych.
[Ja, ich möchte Angehörige in die Familienversicherung aufnehmen.](#)
- Tak, składam wniosek o uczestnictwo w programie IKK Bonus.
[Ja, ich möchte am Bonusprogramm der IKK classic teilnehmen.](#)
- Tak, proszę o informacje dotyczące taryf do wyboru.
[Ja, ich wünsche Informationen zu den Wahlтарifen.](#)
- Wyrażam zgodę na to, by dane podane przeze mnie we wniosku były wykorzystywane przez IKK classic w celu kontaktowania się ze mną telefonicznie, faksem, przez SMS bądź e-mail w celu przedstawienia mi aktualnych ofert zdrowotnych i ubezpieczeniowych. W każdej chwili mogę cofnąć tę zgodę udzieloną IKK classic ze skutkiem na przyszłość.
[Ich bin damit einverstanden, dass meine Antragsdaten von der IKK classic genutzt werden, um mich telefonisch, per Fax, SMS oder E-Mail über aktuelle Angebote aus dem Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.](#)

Informacja dotyczące ochrony danych: Gromadzenie Państwa danych osobowych służy wyłącznie celom związanym z Państwa ubezpieczeniem chorobowym i pielęgnacyjnym, zgodnie z zapisami §§ 175 i 284 SGB V oraz 20 i 94 SGB XI. Zobowiązanie do udzielenia informacji wynika z zapisów §§ 206 SGB V i 50 SGB XI. Podanie danych oznaczonych * jest dobrowolne. W każdej chwili możliwe jest zastrzeżenie korzystania przez IKK classic z niniejszych danych w przyszłości. Dane te nie będą przekazywane osobom trzecim.

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer Daten dient der Durchführung Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung und beruht auf den §§ 175 und 284 SGB V sowie 20 und 94 SGB XI. Die Verpflichtung zur Auskunft ergibt sich aus den §§ 206 SGB V und 50 SGB XI. Die Angabe der mit * gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widersprechen. Eine Weiterleitung der Daten an Dritte erfolgt nicht.

Doradca

Berater

Miejscowość

Ort

Data

Datum

Podpis klienta

Unterschrift des Kunden

** proszę dołączyć bądź dostać w czasie późniejszym odpowiednie dokumenty, np. przyznania, potwierdzenia świadczeń rentalnych
[Bitte Nachweis, z. B. Bewilligungs- oder Rentenbescheid, beifügen bzw. nachreichen.](#)

Informacje osobiste Persönliche Angaben

Wybieram członkostwo w IKK classic od dnia
(lub od następnego możliwego momentu.)
Ich wähle die IKK classic ab (bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt)

Moje dane osobowe Meine persönlichen Daten

Kobieta weiblich Mężczyzna männlich Inne diverse divers

Imię Vorname

Nazwisko Name

Ulica, numer domu
Straße, Hausnummer

Kod pocztowy, miejscowość
PLZ, Ort

Nr. tel. (w ciągu dnia)*
Telefon (tagsüber)*

E-Mail* E-Mail*

Data urodzenia
Geburtsdatum

Nr ubezpieczenia emerytalnego
Rentenversicherungsnummer

Stan cywilny Familienstand

stanu wolnego ledig żonaty/zamężna, od verheiratet, seit

rozwiedziony(-a), od geschieden, seit

wdowiec/wdowa, od verwitwet, seit

W przypadku braku numeru ubezpieczenia emerytalnego wymagane są
następujące informacje Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben,
benötigen wir folgende Angaben:

Miejsce urodzenia Geburtsort

Nazwisko rodowe Geburtsname

Obywatelstwo Staatsangehörigkeit

Moje dotychczasowe ubezpieczenie Meine bisherige Versicherung

Byłem ostatnio objęty Ich war zuletzt

ubezpieczeniem obowiązkowym pflichtversichert

ubezpieczeniem rodzinnym familienversichert

ubezpieczeniem dowolnym freiwillig versichert

ubezpieczeniem prywatnym privat versichert

W ciągu ostatnich 18 miesięcy nie miałem/łam ubezpieczenia
zdrowotnego w Niemczech Ich war in den letzten 18 Monaten nicht in
Deutschland krankenversichert

od vom do bis
data Datum data Datum

w kasie chorych bei der
nazwa kasy chorych Name der Vorversicherung

W przypadku zmiany kasy chorych proszę dołączyć potwierdzenie wypowiedzenia
Bei Wechsel der Krankenkasse durch Kündigung bitte Kündigungsbestätigung beifügen.

Numer ubezpieczenia zdrowotnego Meine Krankenversicherungsnummer
(patrz elektroniczna karta ubezpieczonego, litera + 9 cyfry)
(s. Gesundheitskarte, Buchstabe und 9 Ziffern)

Informacje dotyczące umowy ubezpieczenia

Angaben zum Versicherungsverhältnis

Jestem Ich bin

Pracownikiem Arbeitnehmer

Osobą uczącą się zawodu Auszubildender

Pracownikiem objętym dobrowolnym ubezpieczeniem
freiwillig versicherter Arbeitnehmer

Osobą prowadzącą działalność gospodarczą selbstständig

Rentystą (emerytem)/osobą ubiegającą się o rentę (emeryturę)
Rentner/Rentenantragssteller

Artystą Künstler

Osobą pobierającą zasiłek dla bezrobotnych lub zasiłek dla
bezrobotnych II** Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II

Pracownik sezonowy, ważne do
Saisonarbeiter, voraussichtlich bis

Inne Sonstiges
(np. student, praktykant, rehabilitant)
(z. B. Student, Praktikant, Rehabilitand)

Nazwa pracodawcy/agencji pracy/jobcenter/wspólnoty

Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter/Kommune

Ulica, numer domu
Straße, Hausnummer

Kod pocztowy, miejscowość
PLZ, Ort

Nr. tel. Telefon

Numer identyfikacyjny firmy/numer klienta
Betriebs-/Kunden-Nr.

Stosunek z pracodawcą

Ich bin mit dem Arbeitgeber

żonaty/zamężna verheiratet

spokrewniony verwandt

Pobieram świadczenia emerytalne niemieckiego Funduszu
Ubezpieczeń Emerytalnych i/lub świadczenia emerytalne z zagranicy**
Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung und/oder eine
ausländische gesetzliche Rente.**

Otrzymuję rentę/emeryturę** (np. rentę (emeryturę) pracowniczą/emeryturę)
Ich erhalte Versorgungsbezüge** (z. B. Betriebsrente/Pension)

Inne* Sonstiges*

- Tak, jestem zainteresowany ubezpieczeniem rodzinnym dla krewnych, którzy nie są sami członkami obowiązkowej kasy chorych.
[Ja, ich möchte Angehörige in die Familienversicherung aufnehmen.](#)
- Tak, składam wniosek o uczestnictwo w programie IKK Bonus.
[Ja, ich möchte am Bonusprogramm der IKK classic teilnehmen.](#)
- Tak, proszę o informacje dotyczące taryf do wyboru.
[Ja, ich wünsche Informationen zu den Wahlтарifen.](#)
- Wyrażam zgodę na to, by dane podane przeze mnie we wniosku były wykorzystywane przez IKK classic w celu kontaktowania się ze mną telefonicznie, faksem, przez SMS bądź e-mail w celu przedstawienia mi aktualnych ofert zdrowotnych i ubezpieczeniowych. W każdej chwili mogę cofnąć tę zgodę udzieloną IKK classic ze skutkiem na przyszłość.
[Ich bin damit einverstanden, dass meine Antragsdaten von der IKK classic genutzt werden, um mich telefonisch, per Fax, SMS oder E-Mail über aktuelle Angebote aus dem Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.](#)

Informacja dotyczące ochrony danych: Gromadzenie Państwa danych osobowych służy wyłącznie celom związanym z Państwa ubezpieczeniem chorobowym i pielęgnacyjnym, zgodnie z zapisami §§ 175 i 284 SGB V oraz 20 i 94 SGB XI. Zobowiązanie do udzielenia informacji wynika z zapisów §§ 206 SGB V i 50 SGB XI. Podanie danych oznaczonych * jest dobrowolne. W każdej chwili możliwe jest zastrzeżenie korzystania przez IKK classic z niniejszych danych w przyszłości. Dane te nie będą przekazywane osobom trzecim.

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer Daten dient der Durchführung Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung und beruht auf den §§ 175 und 284 SGB V sowie 20 und 94 SGB XI. Die Verpflichtung zur Auskunft ergibt sich aus den §§ 206 SGB V und 50 SGB XI. Die Angabe der mit * gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widersprechen. Eine Weiterleitung der Daten an Dritte erfolgt nicht.

Doradca

Berater

Miejscowość

Ort

Data

Datum

Podpis klienta

Unterschrift des Kunden

** proszę dołączyć bądź dostać w czasie późniejszym odpowiednie dokumenty, np. przyznania, potwierdzenia świadczeń rentalnych
[Bitte Nachweis, z. B. Bewilligungs- oder Rentenbescheid, beifügen bzw. nachreichen.](#)