

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 Male männlich
 diverse divers nieokreślony unbestimmt

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

Nazwisko rodowe Geburtsname

Miejsce urodzenia Geburtsort

Kraj urodzenia Geburtsland

Obywatelstwo Staatsangehörigkeit

Stan cywilny Familienstand

stanu wolnego ledig żonaty/zamężna, od verheiratet, seit

rozwiedziony(-a), od geschieden, seit

wdowiec/wdowa, od verwitwet, seit

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
 ubezpieczony(-a) za granicą im Ausland versichert

od vom do bis
data Datum data Datum

w kasie chorych bei der
nazwa kasy chorych Name der Vorversicherung

Powód mojej zmiany Grund meines Wechsels

- Rezygnacja z poprzedniej kasy chorych
Kündigung der bisherigen Krankenkasse
 Zmiany w moim stosunku ubezpieczenia
Änderungen in meinem Versicherungsverhältnis

Informacje dotyczące umowy ubezpieczenia

Angaben zum Versicherungsverhältnis

Jestem od Ich bin ab/seit

- Pracownikiem Arbeitnehmer
 Osobą uczącą się zawodu Auszubildender
 Pracownikiem objętym dobrowolnym ubezpieczeniem
freiwillig versicherter Arbeitnehmer
 Osobą prowadzącą działalność gospodarczą selbstständig
 Rencistą (emerytem)/osobą ubiegającą się o rentę (emeryturę)
Rentner/Rentenanspruchssteller
 Artystą Künstler
 Osoby pobierające zasiłek dla bezrobotnych lub zasiłek obywatelski
Bezieher von Arbeitslosengeld oder Bürgergeld
 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

- 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 świadczenia emerytalne** (np. emeryturę zakładową/emeryturę)
i/lub w ciągu ostatnich 10 lat wypłacono mi jednorazowe świadczenia
kapitałowe. Ich erhalte Versorgungsbezüge** (z. B. Betriebsrente/Pension) und/
oder mir wurden einmalige Kapitaleistungen in den letzten 10 Jahren ausgezahlt.

Inne* Sonstiges*

- Tak, jestem zainteresowany ubezpieczeniem rodzinnym dla krewnych.
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, chciałbym(-abym) uzyskać informacje o taryfach oszczędnościowych IKK. Ja, ich wünsche Informationen zu den IKK Spartarifen.
- 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. Więcej informacji na stronie www.ikk-classic.de/datenschutz

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. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.ikk-classic.de/datenschutz

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.