



Deklaracja członkowska Część 1

Dane osobowe

Więcej mocy. Więcej usług.

Więcej świadczeń. Lepszy serwis. Dołącz do nas.

- jako: pracobiorca/pracobiorkzyni
 dobrowolnie ubezpieczony/a
 emeryt/emerytka / rencista/rencistka

- pobierający/a zasiłek dla bezrobotnych
 uczeń/uczenica zawodu
 student(ka), praktykant(ka)

Nazwisko

Data rozpoczęcia członkostwa

Imię

Nazwisko rodowe

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Ulica, numer domu

Płeć

Kod pocztowy, miejscowość

Obywatelstwo

Numer telefonu, numer telefonu komórkowego *

Numer ubezpieczenia zdrowotnego/emerytalnego

e-mail *

Stan cywilny

Chcę zawrzeć ubezpieczenie rodzinne

Mam członków rodziny nienależących do żadnej ustawowej ubezpieczalni zdrowotnej, którzy mają być objęci ubezpieczeniem rodzinnym w IKK gesund plus.

- Chcę zawrzeć ubezpieczenie rodzinne. (Proszę wypełnić też wniosek o zawarcie ubezpieczenia rodzinnego.)
 Nie mam członków rodziny.
 Nie chcę zawierać ubezpieczenia rodzinnego.

Chcę brać udział w programie bonusowym

- Proszę o przesłanie mi zeszytu bonusowego programu ikk aktiv plus! (Proszę wypełnić też wniosek o udział w programie bonusowym.)

Informacja o polityce prywatności:

Gromadzenie Pana/Pani danych osobowych jest konieczne do realizacji Pana/Pani ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgnacyjnego. Podstawa prawna: § 206 i § 284 SGB V (V księga niemieckiego kodeksu socjalnego) oraz § 50 i § 94 SGB XI (XI księga niemieckiego kodeksu socjalnego). Szczegółowe informacje na temat niemieckiego rozporządzenia podstawowego o ochronie danych (DSGVO) znaleźć można na stronie internetowej: www.ikk-gesundplus.de/dsgvo
* Dane dobrowolne.

Moje zdjęcie

Chcielibyśmy jak najszybciej wysłać Panu/Pani elektroniczną kartę ubezpieczenia zdrowotnego, dlatego prosimy o przesłanie wraz z wnioskiem odpowiedniego zdjęcia.

Ważna informacja: zgodnie z przepisami dla wszystkich ubezpieczonych powyżej 15. roku życia wymagane jest aktualne zdjęcie barwne.

Moje zdjęcie

- jest w przegródce na zdjęcie Potwierdzam, że zdjęcie przedstawia mnie. Zgadzam się na przetwarzanie moich danych zgodnie z zamieszczonym obok oświadczeniem o ochronie danych osobowych**.
- prześlę bezzwłocznie
- jest już w Państwa zasobach
- prześlę online



Serwis fotograficzny online dla nowych członków:
www.ikk-gesundplus.de/lichtbild_neumitglieder
lub zeskanuj kod QR



** Oświadczenie o ochronie danych odnośnie zachowania i przetwarzania Pana/Pani zdjęcia

Do wystawienia elektronicznej karty ubezpieczenia zdrowotnego (eGK) ze zdjęciem konieczne jest, aby nasz usługodawca zachował Państwa zdjęcie w formie obrazu cyfrowego. Jest on zobowiązany do przechowywania tego obrazu cyfrowego w formie zabezpieczonej. Samo zdjęcie po wystawieniu karty ubezpieczenia zdrowotnego zostanie zniszczone zgodnie z zasadami ochrony danych. Zachowanie danych obrazowych konieczne jest z przyczyn technicznych. Przechowywanie danych obrazowych umożliwia np. wystawienie nowej karty w razie jej utraty. Jeżeli Pan/Pani życzy sobie, aby dane zostały usunięte przed upływem okresu przechowywania, to prosimy o kontakt telefoniczny.

☎ 0800 8579840 (24/7 numer bezpłatny)

Deklaracja członkowska Część 2

Dane ubezpieczenia

Więcej świadczeń. Lepszy serwis. Dołącz do nas.

Jestem zatrudniony/a

od

Nazwa, adres, numer telefonu pracodawcy/
właściwego płatnika świadczeń

Pobieram zasiłek dla bezrobotnych Arbeitslosengeld I.
(Proszę dołączyć kopię aktualnej decyzji.)

Pobieram zasiłek dla bezrobotnych Arbeitslosengeld II.
(Proszę dołączyć kopię aktualnej decyzji.)

Moje dotychczasowe ubezpieczenie

W ciągu ostatnich 18 miesięcy byłem/byłam ubezpieczony(a) w ustawowej kasie chorych. (Proszę dołączyć zaświadczenie o wypowiedzeniu.)

Dotąd byłem/byłam ubezpieczony(a) prywatnie.

Dotąd miałem/miałam inne ubezpieczenie zdrowotne.
(Proszę dołączyć kopię zaświadczenia.)

Dotąd mieszkałem/am za granicą.

Przed rozpoczęciem wnioskowanego członkostwa byłem/byłam objęty(a) ubezpieczeniem rodzinnym w ustawowej kasie chorych.

Nazwa kasy chorych/ubezpieczalni zdrowotnej

od – do (miesiąc/rok)

Nazwa kasy chorych

Data urodzenia głównego
ubezpieczonego/główniej ubezpieczonej

ubezpieczenie rodzinne od –
do (miesiąc/rok)

Imię i nazwisko głównego ubezpieczonego/główniej ubezpieczonej

Pobieram emeryturę/rentę

Pobieram niemiecką lub zagraniczną rentę/emeryturę lub emeryturę zakładową i/lub mam dochody emeryturo-/rentopodobne, jak np. urzędnicze świadczenia emerytalne.
(Proszę dołączyć kopię decyzji lub ostatniej waloryzacji.)

Rodzaj emerytury/renty

Płatnik

Proszę o przysyłanie mi gazetki dla klientów „IKK-Gesundheitstelegramm”

pocztą elektroniczną na adres:

pocztą tradycyjną.

Zachowywanie i wykorzystywanie danych w celach reklamowych

Wyrażam zgodę na informowanie mnie przez IKK gesund plus i podmioty działające na jej zlecenie o aktualnych ofertach z zakresu zdrowia i ubezpieczeń telefonicznie i/lub drogą mailową. Niniejszym wyrażam zgodę na zachowanie i wykorzystywanie do tego celu moich danych osobowych. Niniejszą zgodę w każdej chwili mogę odwołać ze skutkiem na przyszłość.

telefonicznie

drogą mailową

Data, podpis nowego członka