



# Deklaracja członkowska Część 1

Dane osobowe



Więcej świadczeń. Lepszy serwis.

Więcej świadczeń. Lepszy serwis. Dołącz do nas.

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

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

Nazwisko

Imię

Data urodzenia

Ulica, numer domu

Kod pocztowy, miejscowość

Numer telefonu (dane dobrowolne)

Numer telefonu komórkowego (dane dobrowolne)

Data rozpoczęcia członkostwa

Nazwisko rodowe

Miejsce urodzenia

Kraj urodzenia

Płeć

Obywatelstwo

Numer ubezpieczenia zdrowotnego/emerytalnego

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 tych danych do wykonywania naszych ustawowych obowiązków jest konieczne i dopuszczalne. 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 o ochronie danych, Pana/Pani obowiązkach współdziałania oraz dane kontaktowe inspektora ochrony danych IKK gesund plus znaleźć można na stronie internetowej: [www.ikk-gesundplus.de/dsgvo](http://www.ikk-gesundplus.de/dsgvo) Oczywiście na życzenie chętnie prześlemy Panu/Pani te informacje drogą pocztową.

## Moje zdjęcie do karty ubezpieczenia zdrowotnego

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.

### Моя фотография

- prześlę bezzwłocznie.  
 jest już w Państwa zasobach.  
 prześlę online.



“ 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 1016470 (24/7 numer bezpłatny)



Serwis fotograficzny online

[www.ikk-gesundplus.de/lichtbild-neumitglieder](http://www.ikk-gesundplus.de/lichtbild-neumitglieder)

# 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.)

Jestem spokrewniony/a z pracodawcą lub jestem wspólnikiem/wspólniczką w przedsiębiorstwie.

Prowadzę samodzielną działalność gospodarczą bądź uzyskuję dochody z samodzielnej działalności gospodarczej. (Proszę przedstawić dowody.)

### Moje dotychczasowe ubezpieczenie

Ostatnio byłem/am ubezpieczony/a w ustawowej kasie chorych.

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

Imię i nazwisko głównego ubezpieczonego/głównej ubezpieczonej

Data urodzenia głównego ubezpieczonego/głównej ubezpieczonej

ubezpieczenie rodzinne od – do (miesiąc/rok)

### 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

### Zachowywanie i wykorzystywanie danych w celach reklamowych

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

Data, podpis członka