

Formularz w celu objęcia ubezpieczeniem rodzinnym

Imię (imiona) i nazwisko członka (wg aktu urodzenia / dowodu osobistego)

Adres

Numer ubezpieczonego

Ogólne dane członka

- Początek ubezpieczenia rodzinnego
- Stan cywilny: panna / kawaler zamężna / żonaty w separacji rozwiedziona / -y
 wdowa / wdowiec zarejestrowany związek partnerski zgodnie z ustawą o związkach partnerskich [skrót z j. niem. LPartG]
- Przyczyna objęcia ubezpieczeniem rodzinnym
 Początek mojego członkostwa Narodziny dziecka Zawarcie związku małżeńskiego
 Zakończenie poprzedniego członkostwa członka rodziny Pozostałe
- W przypadku pytań, prosimy o kontakt pod numerem tel. (informacja dobrowolna).
- W przypadku pytań, prosimy o kontakt na adres e-mail (informacja dobrowolna).

Dane członków rodziny

Poniższe dane są zasadniczo wymagane wyłącznie w przypadku tych członków rodziny, którzy mają zostać objęci u nas ubezpieczeniem rodzinnym. Niezależnie od tego, potrzebujemy jednak niektórych informacji dotyczących małżonka(-i) / partnera(-ki) życiowego(-ej) również wtedy, gdy ubezpieczenie rodzinne ma dotyczyć wyłącznie Pani/Pana dzieci, a Pani/Pana małżonek(-ka) / partner(-ka) życiowy(-a) jest z tymi dziećmi spokrewniony(-a).

W takim przypadku, oprócz ogólnych danych, wymagane są informacje dotyczące ubezpieczenia Pani / Pana małżonka(-ki) / partnera(-ki) życiowego(-ej), a - jeżeli nie jest on/ona objęta ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym - dodatkowo także dane dotyczące jego/jej dochodów; przy czym dochody te muszą być bezwzględnie udokumentowane odpowiednimi zaświadczeniami; dodatki wypłacane z uwagi na stan rodzinny nie są uwzględniane przy podawaniu wysokości dochodów.

Ogólne dane członków rodziny				
	Małżonek(-ka) / partner(-ka) życiowy(-a)	Dziecko	Dziecko	Dziecko
Nazwisko*				
*W przypadku innego nazwiska, prosimy o dołączenie kopii aktu małżeństwa lub aktu urodzenia/pochodzenia, o ile dokumenty te nie zostały już wcześniej przez Panią/Pana przedłożone.				
Imię / imiona (zgodnie z aktem urodzenia / dowodem osobistym)				
Płeć (m = męska, w = żeńska, x = nieokreślona, d = inna)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)
Data urodzenia				
Ewentualnie adres, jeżeli jest inny niż adres członka				
Stopień pokrewieństwa członka wobec dziecka (*Określenie „dziecko biologiczne“ należy użyć także przy adopcji.)	xxx	<input type="checkbox"/> dziecko biologiczne* <input type="checkbox"/> pasierb / pasierbica <input type="checkbox"/> wnuk <input type="checkbox"/> dziecko w pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> dziecko biologiczne* <input type="checkbox"/> pasierb / pasierbica <input type="checkbox"/> wnuk <input type="checkbox"/> dziecko w pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> dziecko biologiczne* <input type="checkbox"/> pasierb / pasierbica <input type="checkbox"/> wnuk <input type="checkbox"/> dziecko w pieczy zastępczej
Czy małżonek(-ka) / partner(-ka) życiowy(-a) jest spokrewniony(-a) z dzieckiem? (Prosimy zaznaczyć wyłącznie w przypadku braku pokrewieństwa)	xxx	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie
Numer ubezpieczenia emerytalnego (nr RV)				
Nazwisko rodowe				
Miejsce urodzenia				
Kraj urodzenia				
Obywatelstwo				
Numer ubezpieczenia (zob. elektroniczną kartę zdrowia)				
Uczęszczanie do szkoły / studia w przypadku dzieci od 23 roku życia (Prosimy o dołączenie zaświadczenia ze szkoły, uczelni lub innej instytucji kształcącej)	xxx	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> tak
Dobrowolna służba wojskowa (P prosimy dołączyć zaświadczenie o czasie trwania służby)	xxx	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> tak

Dane dotyczące dotychczasowego ubezpieczenia członków rodziny

	Małżonek(-ka) / partner(-ka) życiowy(-a)	Dziecko	Dziecko	Dziecko
Dotychczasowe ubezpieczenie - skończyło się dnia: - istniało w: (Nazwa kasy chorych)	dnia _____ w _____	dnia _____ w _____	dnia _____ w _____	dnia _____ w _____
Rodzaj dotychczasowego ubezpieczenia:	<input type="checkbox"/> Członkostwo <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie rodzinne <input type="checkbox"/> Nieobowiązkowe	<input type="checkbox"/> Członkostwo <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie rodzinne <input type="checkbox"/> Nieobowiązkowe	<input type="checkbox"/> Członkostwo <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie rodzinne <input type="checkbox"/> Nieobowiązkowe	<input type="checkbox"/> Członkostwo <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie rodzinne <input type="checkbox"/> Nieobowiązkowe
Jeżeli ostatnio istniało ubezpieczenie rodzinne: nazwisko i imię osoby, na podstawie której członkostwa przystąpiło ubezpieczenie rodzinne	_____ (Imię) _____ (Nazwisko)	_____ (Imię) _____ (Nazwisko)	_____ (Imię) _____ (Nazwisko)	_____ (Imię) _____ (Nazwisko)
Dotychczasowe ubezpieczenie obowiązuje nadal: (Nazwa kasy chorych / ubezpieczenia zdrowotnego)		xxx	xxx	xxx

Informacje na temat dochodów członków rodziny

	Małżonek(-ka) / partner(-ka) życiowy(-a)	Dziecko	Dziecko	Dziecko
Prowadzona jest działalność na własny rachunek / wolny zawód Zysk z działalności na własny rachunek / wolnego zawodu (miesięczny) (Prosimy dołączyć kopię aktualnej deklaracji podatkowej.)	<input type="checkbox"/> tak _____ euro	<input type="checkbox"/> tak _____ euro	<input type="checkbox"/> tak _____ euro	<input type="checkbox"/> tak _____ euro
Zatrudnienie na niepełny etat (tzw. mini job)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> tak
Ustawowa emerytura, świadczenia emerytalno-rentowe, świadczenie emerytalne z zakładu pracy, emerytura zagraniczna, pozostałe emerytury (wypłacana kwota miesięczna) (Prosimy dołączyć kopię decyzji)	_____ euro	_____ euro	_____ euro	_____ euro
Pozostałe regularne dochody w rozumieniu prawa podatkowego (np. wynagrodzenie brutto z zatrudnienia większego niż niepełny etat, dochody z najmu i dzierżawy, dochody z kapitału) (prosimy dołączyć kopię decyzji o podatku dochodowym) Pozostałe dochody (np. odprawa z tytułu utraty stanowiska pracy)	_____ euro _____ (Rodzaj dochodów)	_____ euro _____ (Rodzaj dochodów)	_____ euro _____ (Rodzaj dochodów)	_____ euro _____ (Rodzaj dochodów)

Potwierdzam prawidłowość podanych danych. O wszelkich zmianach będę niezwłocznie informować. Dotyczy to w szczególności sytuacji, gdy zmieni się dochód moich wyżej wymienionych członków rodziny (np. nowa decyzja o podatku dochodowym w przypadku działalności na własny rachunek/wolnego zawodu) lub - w przypadku dzieci objętych ubezpieczeniem rodzinnym - gdy drugi rodzic nie będzie już członkiem ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego. Należy również zgłosić zawarcie małżeństwa przez rodziców, jeśli drugi rodzic nie jest objęty ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym.



Miejscowość, data

Podpis członka

ewent. podpis członka rodziny

Swoim podpisem potwierdzam, że otrzymałem zgodę członka rodziny do przekazania wymaganych danych.

Przy członkach rodziny żyjących osobno wystarczy podpis członka rodziny.

Polityka prywatności: Abyśmy mogli wykonywać nasze obowiązki zgodnie z prawem, wymagane jest Państwa współdziałanie na podstawie §§ 10 ust. 6, 289 SGB V [Kodeks prawa społecznego księga V]. Dane te są zbierane w celu ustalenia statusu ubezpieczenia (§§ 10, 284 SGB V [Kodeks prawa społecznego księga V], § 7 KVLG [niemiecka ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym rolników] 1989, § 25 SGB XI [Kodeks prawa społecznego księga XI]). Podanie danych kontaktowych (adres e-mail i numer telefonu) jest dobrowolne i będzie wykorzystywane wyłącznie do kontaktu w sprawach dotyczących ubezpieczenia. Dalsze informacje na temat przetwarzania Państwa danych osobowych przez nas oraz Państwa praw wynikających z Rozporządzenia UE o Ochronie Danych Osobowych można znaleźć na naszej stronie internetowej www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/.

INFORMACJE O UBEZPIECZENIU RODZINNYM

mkk

W celu ułatwienia wypełnienia formularza stworzyliśmy poniższą instrukcję, zawierającą szczegółowe informacje dotyczące ubezpieczenia rodzinnego. Prosimy o zapoznanie się z nią

Stan na: styczeń 2026 r.

Członkowie rodziny (małżonkowie zgodnie z ustawą o spółkach cywilnych, dzieci) osób ubezpieczonych w mkk - meine krankenkasse są pod pewnymi warunkami bezpłatnie ubezpieczeni w ramach danego ubezpieczenia. Jako dzieci uznawani są również pasierbowie i wnukowie, pozostający na utrzymaniu głównego ubezpieczonego, oraz dzieci w rodzinach zastępczych.

Małżonek/-ka i/lub dzieci

- muszą mieć miejsce zamieszkania lub stałego pobytu w Niemczech,
- nie mogą sami podlegać obowiązkowi ubezpieczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, nie mogą nie podlegać obowiązkowi ubezpieczenia, być zwolnieni z obowiązku ubezpieczenia lub prowadzić własnej działalności gospodarczej jako głównego rodzaju działalności zawodowej oraz.
- Nie może mieć regularnego całkowitego dochodu w roku 2026 nie mogą przekraczać kwoty 565 euro miesięcznie.

- For persons with insignificant employment an income limit of 556 Euros per month shall be applicable. Please in all cases enter the information for your spouse even if your children are exclusively covered by your insurance.



Ubezpieczone dzieci są zwolnione z płacenia składek

- do ukończenia 18 roku życia **lub**
- do ukończenia 23 roku życia, jeśli nie są czynnie zawodowo **lub**
- do ukończenia 25 roku życia, jeśli są w trakcie nauki szkolnej lub nauki zawodu i nie otrzymują wynagrodzenia lub jeśli odbywają roczny wolontariat społeczny lub ekologiczny.

Dzieci nie są objęte ubezpieczeniem rodzinnym, jeśli

- spokrewniony z dziećmi małżonek osoby ubezpieczonej nie jest członkiem państwowej kasy chorych **i**
- jego łączny dochód regularnie przekracza określony kwotę miesięcznie (w roku 2026 = 6.450 euro) **i**
- jest on wyższy niż dochód osoby ubezpieczonej.

Granica wieku 25 lat ulega przedłużeniu o okres odbywanej służby wojskowej, służby zastępczej lub wolontariatu, jeśli tym samym następuje przerwanie lub przedłużenie nauki szkolnej lub nauki zawodu, lecz na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy.

Ubezpieczenie rodzinne podlega kontynuacji bez ograniczeń wiekowych, jeśli dziecko jest upośledzone lub niepełnosprawne i nie jest w stanie samo się utrzymywać. W tym wypadku upośledzenie lub niepełnosprawność musiało mieć miejsce już w momencie zawierania ubezpieczenia rodzinnego.

W przypadku niemowląt istnieje możliwość dobrowolnego ubezpieczenia w kasie mkk - meine krankenkasse jako alternatywa dla ubezpieczenia prywatnego.

W okresach ochronnych przed i po porodzie oraz w trakcie trwania urlopu wychowawczego małżonkowie nie są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym, jeśli przed tym okresem nie byli ubezpieczeni w państwowej kasie chorych.

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Vornamen und Name des Mitglieds
(laut Geburtsurkunde/Ausweis)

Anschrift

Versichertennummer

Allgemeine Angaben des Mitglieds

- Beginn der Familienversicherung:
- Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden
 verwitwet Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG
- Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:
 Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des/der Angehörigen Sonstiges
- Bei Rückfragen bitte die Telefonnummer nutzen (freiwillige Angabe).
- Bei Rückfragen bitte die E-Mail-Adresse nutzen (freiwillige Angabe).

Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zur/ zum Ehe-/Lebenspartner:in auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihre/Ihr Ehe-/Lebenspartner:in mit diesen Kindern verwandt ist.


In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung Ihrer/Ihres Ehe-/Lebenspartners:in und - sofern diese/dieser nicht gesetzlich versichert ist - zusätzlich Angaben zu ihrem/seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehe-/Lebenspartner:in	Kind	Kind	Kind
Name*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Bitte fügen Sie bei abweichendem Nachnamen eine Heiratsurkunde bzw. Abstammungsurkunde in Kopie bei, wenn Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vornamen <small>(laut Geburtsurkunde/Ausweis)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht <small>(m = männlich, w = weiblich x = unbestimmt, d = divers)</small>	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind <small>(*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)</small>	xxx	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist die/der Ehe-/Lebenspartner:in mit dem Kind verwandt? <small>(Bitte nur bei fehlendem Verwandtschafts- verhältnis ankreuzen)</small>	xxx	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Rentenversicherungsnummer <small>(RV-Nr.)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsland	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versichertennummer <small>(siehe elektronischen Gesundheitskarte)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schulbesuch/Studium bei Kindern ab 23 Jahren <small>(Bitte Schul-, Studien- oder sonstige Ausbil- dungsbescheinigung beifügen)</small>	xxx	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Freiwilliger Wehrdienst <small>(bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)</small>	xxx	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja

Angaben zur bisherigen Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehe-/Lebenspartner:in	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung - endete am: - bestand bei: (Name der Krankenkasse)	am _____ bei _____ _____	am _____ bei _____ _____	am _____ bei _____ _____	am _____ bei _____ _____
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand: Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung):		XXX	XXX	XXX

Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen				
	Ehe-/Lebenspartner:in	Kind	Kind	Kind
Selbstständige/freiberufliche Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gewinn aus selbstständiger/freiberuflicher Tätigkeit (monatlich) (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) (Bitte Kopie der Bescheide beifügen)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) (bitte Kopie des Einkommensteuerbescheides beilegen)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	_____ (Art der Einkünfte)	_____ (Art der Einkünfte)	_____ (Art der Einkünfte)	_____ (Art der Einkünfte)

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger/freiberuflicher Tätigkeit) oder - bei familienversicherten Kindern - der andere Elternteil nicht mehr Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist. Auch die Eheschließung der Eltern ist zu melden, wenn der andere Elternteil nicht gesetzlich krankenversichert ist.

 _____

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zum Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage <https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/>.