

Formularz wniosku o ubezpieczenie rodzinne

Imię i nazwisko członka _____
(zgodnie z aktem urodzenia/dowodem tożsamości)

Adres _____

Nr ubezpieczenia _____

Informacje ogólne

> Powód zgłoszenia członka rodziny do ubezpieczenia rodzinnego

- początek członkostwa osoby ubezpieczonej
 narodziny dziecka
 zawarcie związku małżeńskiego
 koniec poprzedniego członka rodziny
 inne _____

> Stan cywilny osoby ubezpieczonej:
 kawaler/panna
 żonaty/zamężna
 żyjący w separacji
 wdowiec/wdowa

- rozwiedziony/-a od _____
 związek partnerski w myśl niemieckiej Ustawy o zarejestrowanych związkach partnerskich (LPartG) (proszę dokonać odpowiednich wpisów w rubryce „Małżonek(-ka)”)

> Początek ubezpieczenia rodzinnego _____

> W razie pytań proszę dzwonić pod nr telefonu: _____ (informacja nieobowiązkowa).

> W razie pytań proszę wysłać informację na adres e-mailowy _____ (informacja nieobowiązkowa).

Dane dotyczące członków rodziny

Poniższe informacje wymagane są zasadniczo tylko w odniesieniu do członków rodziny, którzy mają zostać zgłoszeni do ubezpieczenia rodzinnego. W niektórych przypadkach konieczne jest jednak podanie informacji dotyczących Pana/Pani małżonki(-ka) lub partnerki(-a), nawet jeśli zgłoszone do ubezpieczenia rodzinnego mają być wyłącznie dzieci.

W przypadku spokrewnionych z dzieckiem małżonków posiadających prywatne ubezpieczenie zdrowotne konieczne jest oprócz informacji ogólnych podanie informacji o ubezpieczeniu i wysokości dochodów. Wysokość dochodów należy przy tym koniecznie potwierdzić zaświadczeniami o dochodach, a dodatki wypłacane ze względu na stan cywilny należy przy podawaniu informacji o dochodach pominąć.

Uwaga: jednoczesne zgłoszenie do ubezpieczenia rodzinnego w różnych kasach chorych jest niedopuszczalne. Z przekazanych informacji musi zatem wynikać, iż podwójne ubezpieczenie rodzinne nie ma miejsca.

Ogólne informacje o członkach rodziny

	małżonek/-ka	dziecko	dziecko	dziecko
Nazwisko*/ewent. nazwisko rodowe				
*Jeśli mają Państwo różne nazwiska, proszę załączyć kopię aktu małżeństwa lub aktu pochodzenia, jeśli nie złożyli Państwo jeszcze tych dokumentów.				
Imię (zgodnie z aktem urodzenia/dowodem tożsamości)				
Płeć (m = męska, ż = żeńska n = nieokreślona, i = inna)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (ż) <input type="checkbox"/> (n) <input type="checkbox"/> (i)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (ż) <input type="checkbox"/> (n) <input type="checkbox"/> (i)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (ż) <input type="checkbox"/> (n) <input type="checkbox"/> (i)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (ż) <input type="checkbox"/> (n) <input type="checkbox"/> (i)
Data urodzenia				
Ewent. adres inny niż osoby ubezpieczonej				
Stosunek pokrewieństwa, łączący osobę ubezpieczoną i dziecko (*proszę stosować określenie „dziecko biologiczne” także w przypadku adopcji)	xxx	<input type="checkbox"/> dziecko biologiczne* <input type="checkbox"/> pasierb <input type="checkbox"/> wnuk <input type="checkbox"/> dziecko w rodzinie zastępczej	<input type="checkbox"/> dziecko biologiczne* <input type="checkbox"/> pasierb <input type="checkbox"/> wnuk <input type="checkbox"/> dziecko w rodzinie zastępczej	<input type="checkbox"/> dziecko biologiczne* <input type="checkbox"/> pasierb <input type="checkbox"/> wnuk <input type="checkbox"/> dziecko w rodzinie zastępczej
Czy małżonek(-ka) jest spokrewniony/-a z dzieckiem? (proszę zakreślić tylko w przypadku braku stosunku pokrewieństwa)	xxx	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie
Numer ubezpieczenia emerytalnego osoby ubezpieczonej (RV-Nr.)				
Nr ubezpieczenia (widoczny na elektronicznej karcie zdrowia)				
Nazwisko rodowe				
Miejsce urodzenia				
Kraj urodzenia				
Obywatelstwo				

Informacje o ostatnim lub bieżącym ubezpieczeniu członków rodziny

	małżonek/-ka	dziecko	dziecko	dziecko
Ubezpieczenie dotychczasowe - koniec ubezpieczenia w dniu: _____ - w towarzystwie ubezpieczeniowym (nazwa kasy chorych) _____	_____	_____	_____	_____
Rodzaj dotychczasowego ubezpieczenia:	<input type="checkbox"/> członkostwo osoby ubezpieczonej <input type="checkbox"/> ubezpieczenie rodzinne <input type="checkbox"/> ubezpieczenie prywatne	<input type="checkbox"/> członkostwo osoby ubezpieczonej <input type="checkbox"/> ubezpieczenie rodzinne <input type="checkbox"/> ubezpieczenie prywatne	<input type="checkbox"/> członkostwo osoby ubezpieczonej <input type="checkbox"/> ubezpieczenie rodzinne <input type="checkbox"/> ubezpieczenie prywatne	<input type="checkbox"/> członkostwo osoby ubezpieczonej <input type="checkbox"/> ubezpieczenie rodzinne <input type="checkbox"/> ubezpieczenie prywatne
Jeśli istniało ubezpieczenie rodzinne proszę podać nazwisko i imię osoby, której ubezpieczenie było podstawą do zawarcia ubezpieczenia rodzinnego	_____ (imię) _____ (nazwisko)	_____ (imię) _____ (nazwisko)	_____ (imię) _____ (nazwisko)	_____ (imię) _____ (nazwisko)
Dotychczasowe ubezpieczenie istnieje nadal w kasie chorych: (nazwa kasy chorych/ubezpieczenia zdrowotnego) W przypadku prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego małżonek(-ka)/partner(-ka) proszę załączyć kopię aktualnej decyzji podatkowej.		xxx	xxx	xxx

Więcej informacji o członkach rodziny

	małżonek/-ka	dziecko	dziecko	dziecko
Własna działalność gospodarcza: proszę załączyć kopię aktualnej decyzji podatkowej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Zysk z własnej działalności gospodarczej (miesięcznie): proszę załączyć kopię aktualnej decyzji podatkowej	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Dochód brutto za pracę w wymiarze ograniczonym miesięcznie (Minijob):	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Czy dochody obywatela są pobierane?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Emerytura państwa, uposażenie emerytalne, emerytura zakładowa, emerytura zagraniczna, inne (wyplacana miesięcznie kwota): proszę załączyć kopie aktualnych decyzji	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Inne regularne dochody miesięczne w myśl Ustawy o podatku dochodowym (np. dochód brutto za pracę w nieograniczonym wymiarze pracy, przychody z wynajmu i dzierżawy, przychody z majątku kapitałowego): proszę załączyć kopię aktualnej decyzji podatkowej	_____ € (rodzaj dochodów)	_____ € (rodzaj dochodów)	_____ € (rodzaj dochodów)	_____ € (rodzaj dochodów)
Uczęszczanie do szkoły/na studia: w przypadku dzieci powyżej 23-go roku życia proszę załączyć zaświadczenie o uczęszczaniu do szkoły, na studia lub inne zaświadczenie o kształceniu	xxx	od _____ do _____	od _____ do _____	od _____ do _____
Służba wojskowa lub zgodnie z prawem wolontariat regulowany przez prawo: Proszę załączyć świadectwo służbowe	xxx	od _____ do _____	od _____ do _____	od _____ do _____

Potwierdzam prawdziwość danych. O zmianach poinformuję niezwłocznie. Dotyczy to w szczególności zmian w wysokości moich dochodów lub dochodów członków mojej rodziny (np. nowa decyzja podatkowa w odniesieniu do własnej działalności gospodarczej) lub zmiany kasy chorych przez członków mojej rodziny.



Miejscowość, data

Podpis osoby ubezpieczonej

Ewent. podpis członka rodziny

Niniejszym oświadczam, iż otrzymałem/-am zgodę członków rodziny na przekazanie koniecznych informacji.

W przypadku żyjących oddzielnie członków rodziny wystarcza podpis członka rodziny.

Informacja o ochronie danych osobowych: Informacja o ochronie danych osobowych: Aby móc wypełnić nasze obowiązki zgodnie z prawem, wymagane jest uczestnictwo zgodnie z §§ 10 Abs 6, 289 SGB V. Dane mają być gromadzone w celu ustalenia stosunku ubezpieczenia (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI). Szczegóły danych kontaktowych (adres e-mail i numer telefonu) są dobrowolne i będą wykorzystywane wyłącznie w celu wyjaśnienia relacji ubezpieczeniowej. Dalsze informacje na temat przetwarzania danych osobowych przez nas oraz Państwa praw wynikających z ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych są dostępne na naszej stronie internetowej <https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/>

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Vornamen und Name des Mitglieds
(laut Geburtsurkunde/Ausweis)

Anschrift

Versichertennummer

Allgemeine Angaben

> Anlass für die Aufnahme der/des Angehörigen in die Familienversicherung:

Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
 Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des/der Angehörigen Sonstiges

> Familienstand des Mitglieds: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden seit

verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LpartG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner/in“ zu machen)

> Beginn der Familienversicherung

> 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 zum/zur Ehe-/Lebenspartner:in auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für die Kinder durchgeführt werden soll und der/die Ehe-/Lebenspartner:in mit diesen Kindern verwandt ist.

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


Bitte beachten: Eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen ist rechtlich unzulässig. Mit den Angaben ist sicherzustellen, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehepartner:in	Kind	Kind	Kind
Name*/ggf. Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>*Bitte fügen Sie bei abweichenden Nachnamen eine Heirats- bzw. Abstammungsurkunde in Kopie bei, wenn Sie diese Unterlagen nicht schon vorlegt haben.</small>				
Vornamen <small>(laut Geburtsurkunde/Ausweis)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht <small>(m = männlich, w = weiblich u = unbestimmt, d = divers)</small>	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (u) <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 der/die Ehe-/Lebenspartner:in mit dem Kind verwandt? <small>(Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)</small>	xxx	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Eigene Rentenversicherungsnr. <small>(RV-Nr.)</small>	<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"/>
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"/>

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehepartner:in	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung - endete am: - bestand bei: (Name der Krankenkasse)	_____	_____	_____	_____
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): Ist Ihr/e Ehe-/Lebenspartner:in nicht gesetzlich krankenversichert. (Bitte eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.)		xxx	xxx	xxx

Sonstige Angaben zur Familienversicherung				
	Ehepartner:in	Kind	Kind	Kind
Liegt eine selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit vor? (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beilegen.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich): (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung:	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Wird Bürgergeld bezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag): (Bitte Kopie der Bescheide beilegen.)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen): (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beilegen.)	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium: (Bei Kindern ab 23 Jahren bitte Schul-, Studien- oder sonstige Ausbildungsbescheinigung beifügen.)	xxx	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst: (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)	xxx	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

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 Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

 _____
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: Zur rechtmäßigen Erfüllung unsere Aufgaben, ist das 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 personenbezogener Daten durch uns und die Rechte der Kundin bzw. des Kunden nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung befinden sich auf unsere Homepage <https://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.

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 2024 nie mogą przekraczać kwoty 505 euro miesięcznie.

W przypadku osób zatrudnionych w ograniczonym wymiarze pracy obowiązuje granica dochodu w wysokości 538 euro miesięcznie. Proszę zawsze podawać dane dotyczące małżonka/-ki, nawet jeśli zgłoszone do ubezpieczenia rodzinnego mają być wyłącznie dzieci. W przypadku prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego małżonka/-ki proszę załączyć aktualne zaświadczenie o dochodach.



Ubezpieczone dzieci są zwolnione z płacenia składek

- do ukończenia 18 roku życia **lub**
- do ukończenia 23 roku życia, jeśli nie są czynne 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.

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.

Dzieci nie są objęte ubezpieczeniem rodzinnym, jeśli

- spokrewniony z dziećmi małżonka osoby ubezpieczonej nie jest członkiem państwowej kasy chorych **i**
- jego łączny dochód regularnie przekracza określoną kwotę miesięcznie (w roku 2024 = 5.775 euro) **i**
- jest on wyższy niż dochód osoby ubezpieczonej.

W przypadku niemowląt istnieje możliwość dobrowolnego ubezpieczenia w kasie BKK·VBU 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.