

Zostań członkiem

Z dniem lub w najbliższym możliwym terminie chcę zostać członkiem mkk.

- Zmiana w drodze wypowiedzenia (w Twoim imieniu wypowiemy poprzednie ustawowe ubezpieczenie zdrowotne)
- Zmiana ze względu na zmianę statusu (np. rozpoczęcie lub zakończenie zatrudnienia/prowadzenia własnej działaln. gosp., bezrobocie, zakończenie ubezpieczenia rodzinnego)
- Przystąpienie do ubezpieczenia ustawowego (np. w razie przeprowadzenia się z zagranicy lub w przypadku nieprzystąpienia wcześniej do ustawowej kasy chorych)

Dane Osoby (na podstawie dokumentu tożsamości)

Płeć męska żeńska inna nieokreślona

Nazwisko Imię (imiona)

Ulica, numer domu Kod pocztowy, miejscowość

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Nazwisko rodowe Kraj urodzenia

Narodowość Stan cywilny

Telefon* E-mail*

Numer ubezpieczenia emerytalnego lub społecz Numer ten znajduje się na Twojej legitymacji ubezpieczeniowej lub na zgłoszeniach przekazywanych do towarzystwa ubezpieczeniowego.

Informacje ogólne (należy zaznaczyć krzyżykiem każdą opcję, która Cię dotyczy)

- Jestem ... pracownikiem osobą odbywającą kształcenie zawodowe studentem (należy dołączyć zaświadczenie o przyjęciu na studia)
- uczniem (należy dołączyć zaświadczenie o uczęszczaniu do szkoły) emerytem (należy dołączyć kopię decyzji o przyznaniu emerytury) osobą składającą wniosek o emeryturę osobą pobierającą zasił. dla bezrob. gr. I (należy dołączyć kopię decyzji o przyznaniu)
- urzędnikiem osobą nieczynną zawodowo osobą korzystającą z pomocy społecznej odbiorcy dochodów obywatelskich (należy dołączyć kopię decyzji o przyznaniu)
- artystą osobą prowadzącą własną działalność gospodarczą bez prawa do zasiłku chorobowego osobą prowadzącą własną działalność gospodarczą z prawem do zasiłku chorobowego od 7. tygodnia

Ostatnio korzystałem z ...

- ubezpieczenia obowiązkowego ubezpieczenia dobrowolnego ubezpieczenia rodzinnego prywat. ubezp. zdrowotnego/bezpłat. specjalnej opieki med. dla wykonujących zawody niebezpiecz.

Nazwa kasy chorych

- nie posiadam ubezpieczenia zdrowotnego nie przebywałem w Niemczech, przeprowadziłem się z zagranicy dnia

Pracodawcy

Zatrudniony od dnia Wynagrodzenie brutto/msc.* euro

Nazwa pracodawcy

Adres pracodawcy

Jestem spokrewniony z pracodawcą: Nie Tak, stopień pokrewieństwa

Jestem prezesem firmy: Nie Tak (należy dołączyć umowę spółki)

Jestem udziałowcem w firmie: Nie Tak (należy dołączyć umowę spółki)

POZOSTAŁE INFORMACJE

Otrzymuję emeryturę zagraniczną, emeryturę (pisaną wielką literą): Nie Tak (należy dołączyć potwierdzenie)

UBEZPIECZENIE RODZINNE

Chcę bezpłatnie ubezpieczyć wraz ze mną także członków rodziny: Nie Tak, proszę o przesłanie mi wniosku.

Podane przeze mnie dane są pełne i zgodne z prawdą. O wszelkich zmianach, które nastąpią w późniejszym terminie, poinformuję niezwłocznie mkk - meine krankenkasse.

*Dane kontaktowe (numer telefonu i adres e-mail) oraz dane dotyczące wynagrodzenia brutto podałem dobrowolnie.

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez mkk moich danych kontaktowych wymienionych powyżej. mkk - meine krankenkasse może informować mnie o przysługujących mi prawach do poszczególnych świadczeń oraz ogólnie o swoich własnych produktach i usługach. Ponadto moje dane kontaktowe mogą być wykorzystywane do przeprowadzania ankiet wśród członków. Niniejszą zgodę mogę w każdej chwili ograniczyć lub odwołać ze skutkiem na przyszłość.



Data, podpis

Twoje dane są niezbędne do realizacji przez kasę chorych jej zadań ustawowych. Są one gromadzone, przechowywane i wykorzystywane zgodnie z § 284 ust. 1 kodeksu socjalnego, księga V. Więcej informacji na temat przetwarzania przez nas Twoich danych osobowych i praw przysługujących Ci na mocy ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych można znaleźć na naszej stronie internetowej pod adresem www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/.

Należy wysłać na adres:

poczta mkk - meine krankenkasse, Neukundenservice, 10857 Berlin, e-mail neukundenservice@meine-krankenkasse.de



Mitglied werden

Ich möchte zum bzw. schnellstmöglich Mitglied der mkk werden.

- Wechsel im **Kündigungsverfahren** (wir kündigen die bisherige gesetzliche Krankenkasse)
- Wechsel aufgrund einer **Statusänderung** (z. B. Beginn oder Ende einer Beschäftigung/Selbstständigkeit, Arbeitslosigkeit, Ende Familienversicherung)
- Beitritt zur **gesetzlichen Versicherung** (z. B. bei Zuzug aus dem Ausland oder ohne vorherige gesetzliche Krankenkasse)

Angaben zur Person (laut Ausweisdokument)

Geschlecht männlich weiblich divers unbestimmt

Name Vorname(n)

Straße, Hausnr. PLZ, Ort

Geburtsdatum Geburtsort

Geburtsname Geburtsland

Nationalität Familienstand

Telefon* E-Mail*

Renten- bzw. Sozialversicherungsnummer Steht im Sozialversicherungsausweis oder auf den Meldungen zur Sozialversicherung.

Allgemeine Angaben (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- Ich bin ...
- Arbeitnehmer:in
 - Auszubildende:r
 - Student:in (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)
 - Schüler:in (bitte Schulbescheinigung beilegen)
 - Rentner:in (bitte Kopie des Rentenbescheides beilegen)
 - Rentenantragsteller:in
 - Bezieher:in von ALG I (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beilegen)
 - Beamtin bzw. Beamter
 - nicht Erwerbstätige:r
 - Sozialhilfeempfänger:in
 - Bezieher:in von Bürgergeld (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beilegen)
 - Künstler:in
 - Selbstständige:r ohne Anspruch auf Krankengeld
 - Selbstständige:r mit Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche
 -

Ich war zuletzt ...

- pflichtversichert
- freiwillig versichert
- familienversichert
- privat krankenversichert/freie Heilfürsorge

Name der Krankenkasse

- nicht krankenversichert
- nicht in Deutschland, Zuzug aus dem Ausland am

Arbeitgeber:in beschäftigt ab/seit Bruttogehalt/mtl.* Euro

Name Arbeitgeber:in

Anschrift Arbeitgeber:in

Ich bin mit dem Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin verwandt: Nein Ja, Verwandtschaftsgrad

Ich bin Geschäftsführer:in der Firma: Nein Ja (bitte Geschäftsführervertrag beilegen)

Ich bin Gesellschafter:in der Firma: Nein Ja (bitte Gesellschaftervertrag beilegen)

Weitere Angaben

Ich beziehe eine ausländische Rente, einen (kapitalisierten) Versorgungsbezug: Nein Ja (bitte Nachweis beifügen)

Familienversicherung

Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern: Nein Ja, bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

Meine Angaben sind vollständig und zutreffend. Über später eintretende Veränderungen werde ich die mkk sofort informieren.

*Die Angaben meiner Kontaktdaten (Telefonnummer und E-Mail-Adresse) sowie meines Bruttogehaltes sind freiwillig.

- Ich bin damit einverstanden, dass die mkk meine oben genannten Kontaktdaten verarbeitet. Die mkk darf mich zu individuellen Leistungsansprüchen und allgemein über eigene Produkte und Services informieren. Zusätzlich können meine Kontaktdaten zu Mitgliederbefragungen genutzt werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft einschränken bzw. widerrufen.



Datum, Unterschrift Diese Angaben sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden nach § 284 Abs. 1 SGB V erhoben, gespeichert und genutzt. Weitere Informationen über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch uns und die Rechte der Kundinnen und Kunden nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung stehen auf unserer Homepage unter www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/.

Bitte senden an:
per Post mkk - meine krankenkasse, Neukundenservice, 10857 Berlin, per E-Mail neukundenservice@meine-krankenkasse.de