

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Ich möchte zum _____ Mitglied der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse werden.

Chciałbym/Chciałabym zostać członkiem AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, od: _____

Persönliche Angaben Dane osobowe

Name, Geburtsname, Titel Nachname, Nachname, Vorname, Vorname

Straße, Hausnummer Ulica, numer domu

PLZ, Ort Kod pocztowy, miejscowość

Geburtsort und Geburtsland
Miejsce urodzenia i kraj urodzenia

Staatsangehörigkeit
Obywatelstwo

Familienstand
Stan cywilny

Geschlecht (m/w/unbekannt)
Płeć (m/k/nieznana)

Telefonnummer/Handynummer (optional) telefon komórkowy (opcjonalnie)

E-Mail (optional) E-mail (opcjonalnie)

Geburtsdatum Data urodzenia urodzenia

Rentenversicherungsnummer (falls bekannt) Numer ubezpieczenia rentowego (jeśli jest)

Krankenversicherungsnummer (falls bekannt) Numer ubezpieczenia zdrowotnego (jeśli jest)

Familienversicherung Ubezpieczenie rodziny

Wird für Familienangehörige die beitragsfreie Familienversicherung gewünscht?

Czy wnioskujesz o bezskładkowe ubezpieczenie rodzinne? (dla członków rodziny w Niemczech)

☐ ja tak

☐ nein nie

Familienfragebogen Kwestionariusz rodzinny

☐ ist beigefügt
w załączeniu

☐ wird nachgereicht
doręczyć później

☐ bitte zusenden
proszę o przesłanie

Angaben zur bisherigen Versicherung der letzten 5 Jahre (mehrfach Nennung möglich)

Dane dotyczące dotychczasowego ubezpieczenia za ostatnie 5 lat (można podać kilka opcji)

* Bitte Nachweis beifügen!

* Proszę załączyć zaświadczenie!

☐ Ich war zuletzt in Deutschland vom:
Ostatnio byłem(-am) ubezpieczony(-a) w
Niemczech od:

_____ bis _____
do

☐ Ich war zuletzt im Ausland vom:
Ostatnio byłem(-am) ubezpieczony(-a) za
granicą od:

_____ bis _____
do

☐ Pflichtmitglied
obowiązkowo
(np. jako pracownik)

☐ Familienversichert
rodzinnie

☐ freiwillig versichert
dobrowolnie

☐ privat versichert
prywatnie*

☐ nicht versichert seit*
nieubezpieczony(-a) od*:

Krankenkasse, bzw. vorherige Absicherung im Krankheitsfall Kasa
chorych lub poprzednie ubezpieczenie na wypadek choroby

Land Kraj

Zusätzliche Angaben (z. B. Tätigkeit im Ausland, weitere Versicherungszeiten) Informacje dodatkowe (np. praca za granicą, inne okresy ubezpieczenia)

☐ Hiermit erkläre ich, dass meine Mitgliedschaft zukünftig auch nach einer Unterbrechung von bis zu 12 Monaten fortgeführt werden soll, sofern für mich in der Zwischenzeit keine eigenständige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer anderen Krankenkasse bestand.

Niniejszym oświadczam, że moje członkostwo powinno być kontynuowane w przyszłości, nawet po przerwie trwającej do 12 miesięcy, jeśli w międzyczasie nie byłem(-a) ubezpieczony(-a) w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego w innej kasie chorych.

Datenschutz: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 i. V. m. § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Nordost, 14467 Potsdam oder unsere Datenschutzbeauftragte unter der Telefonnummer 0800 265 080 0 bzw. per E-Mail unter Datenschutz-Service@nordost.aok.de.

Ochrona danych osobowych: Dane są gromadzone i przetwarzane w celu realizacji zadań zgodnych z §§ 284 w związku z § 175 SGB V [kodeks socjalny]. Państwa współdziałanie jest konieczne zgodnie z § 60 SGB I i § 206 SGB V. Bez wymaganych informacji nie można uzyskać członkostwa. Ogólne informacje odnośnie przetwarzania danych i przysługujących w tym zakresie praw znajdują Państwo na www.aok.de/nordost/datenschutzrechte. Na życzenie zostaną Państwu doręczone. W razie pytań należy się zwracać do AOK Nordost, 14467 Potsdam lub do pełnomocnika ds. ochrony danych osobowych pod numerem tel. 0800 265 080 0 bądź adresem mailowym Datenschutz-Service@nordost.aok.de.

Ort, Datum
Miejscowość, data

Unterschrift Mitglied oder Betreuer/Bevollmächtigter
Podpis wnioskodawcy lub opiekuna/pełnomocnika

Unterschrift und Namensstempel des AOK-Beraters
Podpis i pieczęć imienna doradcy AOK

Bearbeitungsvermerke der AOK Nordost

Betriebsnummer:

SAP-Nr.:

SAP-Nr. ext:

Anlass des
Krankenkassenwechsels

Dauer-ME vorhanden

MA 1

MA 2

Kundengruppe

Hinweise eGK:

Bildbogen beigefügt ☐

Bildbogen ausgehändigt/zugesandt ☐

Bildbogen zusenden ☐

Bild in einem Bestand der AOK Nordost vorhanden ☐

Bild von anderer AOK angefordert (AOK-interner KW) ☐