# AUFNAHMEANTRAG WNIOSEK O PRZYJĘCIE

**Mitgliedschaft** **Członkostwo** z dniem

BKK VDN® Vertrauen Durch Nähe

☐ Zmiana pracodawcy
☐ Zmiana po upływie okresu wypowiedzenia
☐ Szczególne prawo do wypowiedzenia

## Dane osobowe

Proszę wypełnić wszystkie pola!

Płeć: ☐ żeńska ☐ męska ☐ inna ☐ nieokreślona

Nazwisko: Imię:

Adres:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

Kraj urodzenia: Nr ubezpieczonego:

Stan cywilny:

Istniejące u mnie uszkodzenia osobiste / zdrowotne ☐ Tak

Pytanie służy wyłącznie do weryfikacji ewentualnych roszczeń o zwrot kosztów lub odszkodowanie wobec osób trzecich (np. skutki wypadków, błędy w leczeniu).

NIP: Nr ubezpieczenia emerytalno-rentowego (RV-Nr.):

**Dalsze dane, w przypadku braku RV-Nr.:** nazwisko rodowe, obywatelstwo:

## Dane o poprzednim ubezpieczeniu chorobowym:

Ostatnio byłam/byłem ☐ ubezpieczona/y obowiązkowo ☐ ubezpieczona/y prywatnie
☐ ubezpieczona/y dobrowolnie ☐ ubezpieczona/y rodzinnie

Ostatnie ubezpieczenie od do

Nazwa mojego dotychczasowego ubezpieczenia chorobowego:

## Dane pracodawcy

Jestem zatrudniony/a od:

Nazwa /nazwisko/ pracodawcy:

Adres mojego pracodawcy:

Składki opłacane są przez
☐ mojego pracodawcę.
☐ przeze mnie

## Dane dodatkowe

☐ Jestem uczniem / uczennicą zawodu.
☐ Prowadzę własną działalność gospodarczą.
☐ Pobieram zasiłek dla bezrobotnych I.*
☐ Pobieram zasiłek dla bezrobotnych II.*
☐ Jestem po raz pierwszy ubezpieczony/a w Niemczech.
☐ Mam prawo do świadczeń ze strony pracodawcy publicznego.*

* Proszę załączyć decyzję o uprawnieniu do świadczeń!

## Dane o pobieraniu emerytury (renty)

☐ Pobieram emeryturę (rentę) lub złożyłem/złożyłam stosowny wniosek.
☐ Otrzymuję świadczenia emerytalne, np. emerytury zakładowe, świadczenia kapitałowe.
☐ Otrzymuję emeryturę (rentę) zagraniczną.

Proszę załączyć dowód!

## Dane odnośnie ubezpieczenia pielęgnacyjnego

☐ Jestem matką / ojcem co najmniej jednego dziecka.

Proszę przedłożyć stosowny dowód (np. akt urodzenia)

## Czy osoby pozostające na utrzymaniu mają być ubezpieczone bezpłatnie?

☐ nie
☐ tak Proszę wypełnić wniosek o ubezpieczenie rodzinne!

## Dane odnośnie zapytań

Numer telefonu:

email:

**Wskazówka o ochronie danych!**

Potrzebujemy Państwa danych osobowych (danych socjalnych), aby móc realizować nasze zadania. Więcej informacji na temat przetwarzania danych zgodnie z art. 13 RODO można znaleźć na stronie https://www.bkk-vdn.de/datenschutz.

☐ Wyrażam zgodę na przechowywanie i wykorzystywanie przez BKK VDN podanych przeze mnie danych osobowych, aby móc mi doradzać, szybko realizować moje zapytania i w razie potrzeby kontaktować się ze mną w tym celu. Zgoda ta jest dobrowolna i może być w każdej chwili odwołana w formie pisemnej ze skutkiem na przyszłość. Dane te nie będą przekazywane osobom trzecim.

✗

Data, podpis (ew. przedstawiciel ustawowy)