

Witamy serdecznie w SBK!

Doskonałe świadczenia – skrojone na miarę Państwa potrzeb!



Bitte beachten Sie, dass es sich bei diesem Dokument um ein Muster handelt. Das Formular ist zwingend in Deutsch auszufüllen. (Prosimy uwzględnić, że niniejszy dokument jest tylko wzorem. Formularz należy wypełnić obowiązkowo w języku niemieckim.)

Ja, ich werde SBK-Mitglied ab dem
(**Tak**, chcę zostać członkiem SBK od dnia) _____.

Ihr Ansprechpartner
(Pana/Pani osoba kontaktowa) _____

Telefon
(Telefon) _____

Persönliche Angaben: (Dane osobowe)

Frau (Pani) Herr (Pan)

Name, Vorname (Nazwisko, imię) Geburtsdatum (Data urodzenia)

Straße, Hausnummer (Ulica, numer domu)

Postleitzahl (Kod pocztowy) Ort (Miejscowość)

Telefon privat* (Telefon prywatny*) Telefon mobil* (Telefon komórkowy*)

E-Mail* (E-mail*)

Rentenversicherungsnummer oder bundeseinheitliche Krankenversicherungsnummer.
(Numer ubezpieczenia emerytalnego lub jednolity w skali federalnej numer ubezpieczenia zdrowotnego)

Ansonsten: Geburtsort, -land und -name (W przypadku nieposiadania numeru ubezpieczenia: miejsce i kraj urodzenia oraz nazwisko rodowe)

Staatsangehörigkeit (Obywatelstwo)

Familienstand (Stan cywilny)

Angaben für die Versicherung bei der SBK: (Informacje potrzebne do ubezpieczenia się w SBK)

Ich bin (Jestem)

- Arbeitnehmer (pracownikiem)
 Auszubildende(r) (osobą uczącą się zawodu)
 Selbstständige(r) (samodzielnym przedsiębiorcą)
 Student(in) (studentem)
 Sonstiges: (Inne) _____

Name des Arbeitgebers / der Hochschule (Pracodawca / nazwa uczelni)

Straße, Hausnummer (Ulica, numer domu)

Postleitzahl (Kod pocztowy) Ort (Miejscowość)

Ich bin beschäftigt als: (Jestem zatrudniony/zatrudniona jako)

seit / ab: (od)

Mein jährlicher Bruttoverdienst liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (57.600 EUR) (Moje miesięczne wynagrodzenie brutto przekracza górną granicę wysokości rocznego wynagrodzenia za pracę, tj. 57.600 EUR)

Nein (Nie) Ja (Tak)

Familienangehörige: (Członkowie rodziny)

Mein Ehe-/ Lebenspartner (Mój mąż (moja małżonka) / mój partner w zarejestrowanym związku partnerskim)

Name, Vorname (Nazwisko, imię) Geburtsdatum (Data urodzenia)

ist zurzeit versichert bei (jest aktualnie ubezpieczony/ubezpieczona w)

Krankenkasse (Kasa chorych)

Ich habe ein oder mehrere Kinder, die gesetzlich familienversichert sind. (Mam jedno lub kilkoro dzieci, które są objęte ubezpieczeniem rodzinnym.)

Angaben zu Ihrem Versicherungsverhältnis in den letzten 18 Monaten: (Informacje dotyczące Pana/Pani ubezpieczenia w okresie ostatnich 18 miesięcy)

Meine bisherige Krankenkasse (Moja dotychczasowa kasa chorych)

von (od) _____ bis (do) _____

- pflichtversichert (ubezpieczenie obowiązkowe)
 freiwillig versichert (ubezpieczenie dobrowolne)
 familienversichert (ubezpieczenie rodzinne)

Wenn Sie familienversichert waren, benötigen wir folgende Angaben:
(Jeżeli był/była Pan/Pani objęty/objęta ubezpieczeniem rodzinnym,
prosimy o udzielenie następujących informacji)

Name, Vorname des Mitglieds Geburtsdatum
(Nazwisko, imię członka kasy chorych) (Data urodzenia)

Kündigungsbestätigung: (Potwierdzenie wypowiedzenia)

- lege ich bei (niniejszym dołączam)
 reiche ich nach (dostarczę w późniejszym terminie)

Foto Gesundheitskarte: (Zdjęcie do karty ubezpieczenia zdrowotnego)

- per Online-Upload (wysyłka przez Internet)
 per Post (Lichtbildformular) (wysyłka pocztą formularza ze zdjęciem)

Weitere wichtige Angaben: (Dalsze ważne informacje)

- Ich beziehe Rente beziehungsweise habe einen Rentenanspruch gestellt.
(Pobieram rentę/emeryturę lub ubiegam się o przyznanie mi renty/emerytury.)
- Ich beziehe rentenähnliche Leistungen (zum Beispiel Betriebsrente, Versorgungsbezüge).
(Pobieram świadczenia o charakterze renty/emerytury, np. rentę/emeryturę pracowniczą, świadczenia zaopatrzeniowe.)
- Ich beziehe Arbeitsentgelt aus selbstständiger Tätigkeit.
(Mam dochody z samodzielnej działalności gospodarczej.)
- Ja, ich möchte exklusive Online-Services nutzen. Bitte registrieren Sie mich mit meiner oben angegebenen E-Mail-Adresse für „**Meine SBK**“.
Den Nutzungsbedingungen, nachzulesen unter **sbk.org/meinesbk**, stimme ich zu.
(Tak, chciałbym/chciałabym korzystać z ekskluzywnych usług internetowych. Proszę mnie zarejestrować w serwisie „**Moja SBK**” pod wyżej podanym adresem e-mail. Zgadzam się z warunkami korzystania z serwisu, które są dostępne pod **sbk.org/meinesbk**.)

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §206 und 289 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 5ff., 284 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) zu erheben. Über Änderungen werde ich die SBK umgehend informieren.
* Die Angabe der Telefonnummern / E-Mail Adresse ist freiwillig.

Wskazówka dotycząca ochrony danych osobowych (§ 67a ust. 3 dziesiątej księgi niemieckiego kodeksu socjalnego): Abyśmy mogli wywiązać się z naszych obowiązków zgodnie z prawem, w myśl § 206 i 289 piątej księgi niemieckiego kodeksu socjalnego spoczywa na Panu/Pani obowiązek współdziałania. Dane pobierane są w celu ustalenia stosunku ubezpieczenia (§§ 5 i następne, 284 ust. 1 nr 1 piątej księgi niemieckiego kodeksu socjalnego). O wszelkich zmianach będę niezwłocznie informował/informowała SBK. * Podanie numerów telefonu i adresu e-mail jest dobrowolne.

Würden Sie uns weiterempfehlen?
(Czy poleciłby Pan/poleciłaby Pani nas swojej rodzinie lub znajomym?)

Ja (Tak) Nein (Nie)