**AOK Nordost**
**Kasa chorych**

Imię i nazwisko członka; nr ubezpieczenia chorobowego

## Dane do stwierdzenia ubezpieczenia rodzinnego

### 1. Ogólne dane dotyczące członka

Dotychczas posiadałem ubezpieczenie chorobowe w ramach

☐ własnego członkostwa ☐ ubezpieczenia rodzinnego ubezpieczony ☐ _____nie miałem ubezpieczenia chorobowego lub nie było ono ustawowe
(nazwa/siedziba kasy chorych)

Stan cywilny: ☐ wolny ☐ żonaty ☐ w separacji ☐ rozwiedziony od_____ ☐ wdowiec
☐ zarejestrowany związek partnerski zgodnie z ustawą o związkach partnerskich (LpartG)

mój małżonek*) jest sam ubezpieczony: ☐ Nie ☐ Tak, w _____
nazwa i siedziba kasy chorych

☐ nie mam małżonka*) ani dzieci (prosimy podpisać formularz i odesłać go z powrotem. Dalsze dane nie są potrzebne.)

### 2. Członkowie rodziny (prosimy o dołączenie kopii aktualnych potwierdzeń dochodów.)

Również jeżeli mają być ubezpieczone tylko pańskie dzieci, prosimy o podanie danych swojego małżonka. Dane dotyczące jego/jej dochodów są potrzebne tylko wtedy, gdy on/ona jest spokrewniony/a z pańskimi dziećmi i nie jest członkiem ustawowej kasy chorych. Przy podawaniu danych o dochodach należy pozostawić nieuwzględnionymi dodatki wypłacane z tytułu stanu cywilnego.* Na równi z małżonkami traktowane są związki partnerskie zgodnie z ustawą o związkach partnerskich.

| | **Małżonek** ☐ mężcz. ☐ kobieta | **Dziecko** ☐ mężcz. ☐ kobieta | **Dziecko** ☐ mężcz. ☐ kobieta | **Dziecko** ☐ mężcz. ☐ kobieta |
|---|---|---|---|---|
| Początek ubezpieczenia rodzinnego (ew. jego koniec) | od do | od do | od do | od do |
| Nazwisko* | | | | |
| Imię* | | | | |
| Data urodzenia* | | | | |
| Adres, jeżeli jest inny niż podany wyżej * | | | | |
| Stosunek pokrewieństwa do członka (syn, córka, pasierb lub dziecko z rodziny zastępczej, wnuk) | _____ | | | |
| Dotychczas ubezpieczony (podać nazwę kasy chorych) | od do<br>w | od do<br>w | od do<br>w | od do<br>w |
| Samodzielna działalność | od do | od do | od do | od do |
| Miesięczne wynagrodzenie za pracę brutto z zatrudnienia na część etatu/Mini-Job | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Dalsze regularne dochody brutto (np. renta, emerytury, czynsz, dzierżawa, dochody z odsetek, utrzymanie) | EUR<br>(rodzaj dochodów) | EUR<br>(rodzaj dochodów) | EUR<br>(rodzaj dochodów) | EUR<br>(rodzaj dochodów) |
| Uczęszczanie do szkoły / studia (dla dzieci w wieku od 23 lat prosimy dołączyć zaświadczenie ze szkoły lub uczelni.) | _____ | od do | od do | od do |
| Służba wojskowa lub zastępcza (prosimy dołączyć zaświadczenie o okresie służby) | _____ | od do | od do | od do |

### 3. Dane dotyczące przyznania numeru ubezpieczenia chorobowego

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Nr ubezpieczenia rentowego | | | | |

Poniższe dane są konieczne tylko wtedy, gdy nie został jeszcze przyznany numer ubezpieczenia rentowego.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Nazwisko panieńskie | | | | |
| Miejsce urodzenia/kraj urodzenia | | | | |
| Obywatelstwo | | | | |

Potwierdzam prawidłowość danych. W przypadku zmian niezwłocznie państwa o tym poinformuję. Dotyczy to w szczególności sytuacji, gdyby dochody brutto moich wymienionych powyżej członków rodziny uległy zmianie lub gdyby ci członkowie stali się członkami innej kasy chorych.

W przypadku pytań jestem dostępny pod następującym nr telefonu:

_____ _____ _____
Miejscowość, Data Podpis członka Podpis członków rodziny

Powyższym podpisem deklaruję zgodę członków rodziny na podawanie ich potrzebnych danych osobowych. W przypadku małżonków żyjących w separacji wystarczy podpis członka rodziny. **Prosimy zapoznać się ze wskazówkami na następnej stronie.**