

**TAK**, składam wniosek o członkostwo w HEK od 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

, aby korzystać z oferty usług o wysokiej jakości.

Dane osobowe

Mężczyzna  Kobieta  Inne

Tytuł i nazwisko \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

Ulica i numer domu \_\_\_\_\_ Uzupełniające dane adresowe \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Numer telefonu\* \_\_\_\_\_ Adres e-mail\* \_\_\_\_\_

Numer ubezpieczenia emerytalnego \_\_\_\_\_ Numer ubezpieczenia zdrowotnego \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_ Nazwisko rodowe \_\_\_\_\_

Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_ Kraj urodzenia \_\_\_\_\_

Obywatelstwo \_\_\_\_\_

Czy ma Pan(i) dzieci?

tak  nie

Ubezpieczenie rodzinne

Mam rodzinę (małżonek/małżonka, partner życiowy, dzieci), która bezskładkowo ma zostać objęta ubezpieczeniem..

Członkostwo (m/k/x) jako

- Pracownik  Stażysta  
 Wolontariat (FWD/FSJ/FÖJ)  Praktykant  
 Uczeń  Student (proszę załączyć zaświadczenie o wpisie na listę studentów)  Student studiów dualnych  
 Osoba prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą / uprawiająca wolny zawód  Osoba dobrowolnie ubezpieczona  artysta / dziennikarz, uprawiający wolny zawód

Świadczeniobiorca (proszę załączyć decyzję uprawniającą do świadczenia)

- Zasiłek dla bezrobotnych I  Dochód obywatelski  Renta, renta rodzinna i/lub świadczenia emerytalne

Inna działalność

- Jestem jeszcze zatrudniony(-a) w innych miejscach  Jestem również urzędnikiem państwowym  Dodatkowo prowadzę własną działalność

- Wnioskuje o uczestnictwo w programie **Bonus Vorsorge<sup>plus</sup>\***  
 Wnioskuje o uczestnictwo w programie **Bonus Vorsorge<sup>plus</sup>** dla mojej rodziny objętej ubezpieczeniem rodzinnym\*  
 Jestem zainteresowany udziałem w tarifie fakultatywnej **HEKeasycash\***

Pana(-i) dane osobowe (dane związane z zabezpieczeniem socjalnym) są nam potrzebne do prawidłowego świadczenia usług dla Państwa. Podstawę prawną stanowią przepisy zawarte w § 284 fed. kodeksu socjalnego (Sozialgesetzbuch), księga V (SGB V) w związku z § 206 SGB V lub § 28 o SGB IV oraz § 94 SGB XI w związku z § 50 SGB XI. Bez tych informacji Pana(-i) członkostwo nie będzie możliwe. Informacje na temat przetwarzania danych i przysługujących Panu(-i) praw można uzyskać telefonicznie lub online: [www.hek.de/datenschutz](http://www.hek.de/datenschutz)

Jestem zainteresowany(-a) regularnym otrzymywaniem informacji od HEK drogą elektroniczną i dlatego podałem(-łam) swój adres e-mail w danych osobowych\*.

\* Podanie tych danych jest dobrowolne, można je w każdej chwili odwołać i nie mają one wpływu na rozpatrzenie wniosku o członkostwo. Podając swój numer telefonu i/lub adres e-mail, umożliwi nam Pan(i) szybki kontakt z pominięciem procedur biurowatycznych w przypadku pytań dotyczących wniosku o członkostwo.

Data i podpis \_\_\_\_\_

Pieczęć lub nazwa, kod pocztowy, miejscowość

Pieczętka lub nazwa, kod pocztowy, miasto \_\_\_\_\_ Numer kontrahenta \_\_\_\_\_

Dotychczasowe ubezpieczenie zdrowotne

Ostatnio należałem(-łam) do niżej wskazanej kasy chorych \_\_\_\_\_

Nazwa kasy chorych \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_

- ubezpieczenie obowiązkowe  ubezpieczenie dobrowolne  ubezpieczenie rodzinne

Ostatnio

- posiadałem(-łam) ubezpieczenie prywatne  byłem(-łam) ubezpieczony(-a) za granicą  nie byłem(-łam) ubezpieczony(-a)

Dane dotyczące stosunku zatrudnienia (proszę wypełnić, jeśli jest Pan(i) pracownikiem, stażystą, studentem w programie studiów dualnych, wolontariuszem lub praktykantem).

Nazwa pracodawcy \_\_\_\_\_

Ulica i numer domu \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Numer telefonu pracodawcy (koniecznie proszę wypełnić) \_\_\_\_\_ Numer faksu pracodawcy \_\_\_\_\_

Stanowisko \_\_\_\_\_ Data rozpoczęcia pracy \_\_\_\_\_

Moje wynagrodzenie miesięczne wynosi

do 538 EUR  do 5.775 EUR  powyżej 5.775 EUR

Czy otrzymuje Pan(i) jednorazowe świadczenia pieniężne (np. premie świąteczne lub dodatków urlopowych)? W takim przypadku proszę dodać jedną dwunastą jednorazowych świadczeń pieniężnych do swojego miesięcznego dochodu brutto.