

# Wniosek agencyjny – deklaracja przystąpienia

Wypełnić drukowanymi literami.

E-mail: [vertriebs-center@mobil-krankenkasse.de](mailto:vertriebs-center@mobil-krankenkasse.de)

Faks: 0800 255 3002 9840



Chcę zostać członkiem Mobil Krankenkasse od:

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| dzień                | miesiąc              | rok                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

- ☐ Zmiana pracodawcy ☐ Zmiana po upływie okresu zobowiązania  
☐ Podwyższenie składki dodatkowej

## Moje dane osobowe

Pan ☐ Pani ☐ inne ☐

Imię

Nazwisko

Data urodzenia 

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| dzień                | miesiąc              | rok                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Ulica, numer domu Kod

pocztowy, miejscowość

Telefon

E-mail

Numer identyfikacji podatkowej   
(jeżeli jest znany)

Nr ubezpieczeniowy  Nr ubezpieczenia emerytalnego/rentowego

Nazwisko rodowe

Miejsce urodzenia Kraj

urodzenia

Obywatelstwo

## Moje aktualne ubezpieczenie zdrowotne i pielęgnacyjne

Ostatnio byłem(-łam) ubezpieczony(-a) w następującej kasie chorych:

Nazwa

Identyfikator podmiotu\*

Okres od  do

- ☐ ubezpieczenie rodzinne ☐ ubezpieczenie obowiązkowe  
☐ ubezpieczenie prywatne ☐ ubezpieczenie

dobrowolne za granicą (kraj)

\*Pkt 7 na odwrocie Twojej aktualnej elektronicznej karty ubezpieczenia zdrowotnego

## Moja opcjonalna taryfa cashback

- ☐ Chcę skorzystać z opcjonalnej taryfy cashback

### Informacja o ochronie danych osobowych:

Mobil Betriebskrankenkasse (siedziba: Friedenheimer Brücke 29, 80639 Monachium, telefon: 0800 255 0800, e-mail: [info@mobil-krankenkasse.de](mailto:info@mobil-krankenkasse.de)) jako podmiot przetwarzający dane wymaga żądanych informacji w celu weryfikacji i ustalenia stosunku ubezpieczenia lub członkostwa w ramach § 5 Kodeksu socjalnego (SGB) V, § 9 SGB V, § 186 i nn. SGB V, § 240 SGB V, § 20 SGB XI oraz § 57 SGB XI. Twoje dane mogą zostać przekazane Urzędowi Skarbowemu, Twojemu pracodawcy, a także podmiotowi wypłacającemu świadczenia. Więcej informacji możesz uzyskać na stronie [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz).

### Deklaracja zgody

☐ Wyrażam zgodę na to, aby kasa chorych Mobil Betriebskrankenkasse w ramach ustawowego obowiązku informowania dla kas chorych uzyskała od Centralnego Urzędu ds. Świadczeń Emerytalno-Rentowych (ZfA) mój numer identyfikacji podatkowej (NIP), o ile nie został on przeze mnie podany, oraz przekazywała administracji skarbowej wysokość zapłaconych i zwróconych w danym roku składkowym składek, składek dodatkowych i premii (§ 10 ust. 2a zdanie 4 EstG). Zgoda obowiązuje również w kolejnych latach składkowych, chyba że do Mobil Betriebskrankenkasse zostanie pisemnie złożone jej odwołanie. Mobil Betriebskrankenkasse musi otrzymać odwołanie zgody przed rozpoczęciem roku składkowego, od którego zgoda ma przestać obowiązywać. W przypadku członków, których składki są zgłaszane przez inny podmiot (np. pracodawcę lub zakład ubezpieczeń emerytalno-rentowych) jesteśmy zobowiązani do zgłaszania zwrotów w każdym przypadku. W tym zakresie nie istnieje możliwość odwołania.

### CHCĘ OTRZYMYWAĆ INFORMACJE O DODATKOWYCH OFERTACH I USŁUGACH

Chcę być informowany(-a) i otrzymywać porady w zakresie dodatkowych ofert i usług Mobil Krankenkasse. Obejmuje to możliwość skontaktowania się ze mną w celu przeprowadzenia ankiety wśród klientów. Mój udział w tej ankiecie jest dobrowolny. Proszę o kontakt: ☐ drogą elektroniczną ☐ drogą telefoniczną

Wycofanie zgody: W każdej chwili mogę wycofać niniejszą zgodę bez zachowania formy ze skutkiem na przyszłość, po prostu wysyłając e-mail na adres [widerruf@mobil-krankenkasse.de](mailto:widerruf@mobil-krankenkasse.de)

## Rodzaj członkostwa

- ☐ pracownik ubezpieczony obowiązkowo  
☐ pracownik ubezpieczony dobrowolnie  
Uwaga: Dochód powyżej 69.300,00 € od 01.01.2023 r.  
☐ Samozatrudniony ☐ Student ☐ Emeryt/rencista ☐ Inny  
☐ Osoba otrzymująca zasiłek dla bezrobotnych ALG I ☐ Beneficjenci świadczeń obywatelskich

Prosimy o dostarczenie kopii swoich dokumentów: ostatnia decyzja o wymiarze podatku dochodowego (samozatrudniony), zaświadczenie o wpisie na listę studentów (student), decyzja o przyznaniu emerytury/renty (emeryt/rencista), decyzja o przyznaniu zasiłku dla bezrobotnych (osoba poszukująca pracy).

## Mój pracodawca

Zatrudnienie od

Numer przedsiębiorstwa   
(jeżeli jest znany)

Nazwa

Ulica, nr

Kod pocztowy, miejscowość

Numer telefonu

- ☐ Jestem uprawniony(-a) do zapomogi dla urzędników państwowych.

Ponadto pobieram/uzyskuję

- ☐ emeryturę/rentę zakładową ☐ zasiłek dla bezrobotnych I  
☐ Dochód obywatelski  
☐ dochód z samodzielnej działalności gospodarczej  
☐ Inne   
w wysokości  euro miesięcznie.

- ☐ Chcę wziąć udział w programie bonusowym fitforcash.

## Moja rodzina

- ☐ Chciał(a)bym bezskładkowo ubezpieczyć moją rodzinę.  
W ciągu najbliższych kilku dni otrzymasz wniosek o ubezpieczenie rodzinne.

Nazwisko współmałżonka

Data urodzenia współmałżonka

Nazwisko dziecka 1

Data urodzenia dziecka 1

Nazwisko dziecka 2

Data urodzenia dziecka 2

Agent

Anna Szmyt

Numer agenta

7202303860

## Potwierdzenie moich danych

ata 

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| dzień                | miesiąc              | rok                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Podpis   
(ew. opiekuna prawnego)