

AOK PLUS
Privatkunden-Center
01058 Dresden

Interner Vermerk
ZWKR/Antrag ZR Versicherte

Kwestionariusz służący do wydania dokumentu uprawniającego do świadczeń lub weryfikacji istniejącej rejestracji dla osób zamieszkujących w państwie UE/EOG, Szwajcarii lub w Zjednoczonym Królestwie

1.	Dane osobowe (osoba ubezpieczona) ¹	
1.1	Płeć: <input type="checkbox"/> męska <input type="checkbox"/> żeńska <input type="checkbox"/> nieokreślona <input type="checkbox"/> inna	
1.2	Nazwisko, imię:	
1.3	Data urodzenia:	
1.4	Obywatelstwo:	
1.5	Niemiecki numer ubezpieczenia:	
1.6	Adres zamieszkania (w przypadku zmiany podać datę):	Ulica, nr domu: ----- Kod pocztowy: ----- Miejscowość: ----- Kraj: ----- Od: -----
1.7	Jeśli wykonuje Pan(i) pracę zarobkową w Niemczech i mieszka za granicą: Czy regularnie wraca Pan(i) do swojego miejsca zamieszkania za granicą? <input type="checkbox"/> Nie, moje centrum interesów życiowych jest w Niemczech <input type="checkbox"/> Tak, <input type="checkbox"/> co najmniej raz w tygodniu <input type="checkbox"/> w innym cyklu: -----	

¹ W całym kwestionariuszu właściwie zaznaczyć następująco:
stan na: 09/2022

1.8	Nazwa i adres kasy chorych w miejscu zamieszkania za granicą (o ile istnieje, w przypadku zmiany podać datę):	Nazwa: ----- Ulica, nr domu: ----- Kod pocztowy: ----- Miejscowość/kraj: ----- Numer ubezpieczenia: ----- Od: -----			
1.9	Numer ubezpieczenia w kasie chorych w miejscu zamieszkania za granicą: Jeśli ten numer nie jest znany: Nazwisko rodowe: Miejsce urodzenia: Kraj urodzenia:	----- ----- ----- -----			
2. Opis sytuacji za granicą					
2.1	Czy wykonuje Pan(i) pracę zarobkową (np. z tytułu zatrudnienia lub działalności na własny rachunek) za granicą? Zalicza się do tego również pracę o niskich dochodach lub pracę zdalną.	<input type="checkbox"/> Tak, od ----- (dzień/miesiąc/rok) Kraj: ----- <input type="checkbox"/> Nie			
2.2	Czy otrzymuje Pan(i) emeryturę/rentę zagraniczną lub wystąpił(a) Pan(i) o przyznanie emerytury/renty za granicą?	<input type="checkbox"/> Tak, od ----- (dzień/miesiąc/rok) Kraj: ----- <input type="checkbox"/> Nie			
2.3	Czy otrzymuje Pan(i) zasiłki za granicą (np. zasiłek chorobowy, zasiłek dla bezrobotnych)?	<input type="checkbox"/> Tak, od ----- (dzień/miesiąc/rok) Kraj: ----- <input type="checkbox"/> Nie			
3. Dane dotyczące członków rodziny mieszkających za granicą					
		Pierwsza osoba	Druga osoba	Trzecia osoba	Czwarta osoba
3.1	Nazwisko:				
3.2	Imię:				
3.3	Płeć (m = męska, ż = żeńska, x = nieokreślona, i = inna):	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (ż) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (i)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (ż) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (i)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (ż) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (i)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (ż) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (i)
3.4	Data urodzenia:				
3.5	Nazwisko rodowe: Miejsce urodzenia: Kraj urodzenia:	----- ----- -----	----- ----- -----	----- ----- -----	----- ----- -----

		Pierwsza osoba	Druga osoba	Trzecia osoba	Czwarta osoba
3.6	Obywatelstwo:				
3.7	Stopień pokrewieństwa (informacja dobrowolna): Małżonek/Mażonka: Partner(ka) życiowy(-a): Dziecko: Inny (proszę podać):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
3.8	Adres miejsca zamieszkania (Jeśli jest inny niż adres w pkt 1.6. W przypadku zmiany podać datę przeprowadzki):	Ulica, nr domu: _____ _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____ _____ Kraj: _____ _____ Od _____ (dzień/miesiąc/rok)	Ulica, nr domu: _____ _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____ _____ Kraj: _____ _____ Od _____ (dzień/miesiąc/rok)	Ulica, nr domu: _____ _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____ _____ Kraj: _____ _____ Od _____ (dzień/miesiąc/rok)	Ulica, nr domu: _____ _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____ _____ Kraj: _____ _____ Od _____ (dzień/miesiąc/rok)
3.9	Czy członkowie Pana(-i) rodziny wykonują pracę zarobkową (np. z tytułu zatrudnienia lub działalności na własny rachunek)? Zalicza się do tego również pracę o niskich dochodach lub pracę zdalną.	<input type="checkbox"/> Tak, od _____ (dzień/miesiąc/rok) Kraj: _____ <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, od _____ (dzień/miesiąc/rok) Kraj: _____ <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, od _____ (dzień/miesiąc/rok) Kraj: _____ <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, od _____ (dzień/miesiąc/rok) Kraj: _____ <input type="checkbox"/> Nie
3.10	Czy członkowie Pana(-i) rodziny otrzymują zasiłki (np. zasiłek chorobowy lub zasiłek dla bezrobotnych)?	<input type="checkbox"/> Tak, od _____ (dzień/miesiąc/rok) Kraj: _____ <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, od _____ (dzień/miesiąc/rok) Kraj: _____ <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, od _____ (dzień/miesiąc/rok) Kraj: _____ <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, od _____ (dzień/miesiąc/rok) Kraj: _____ <input type="checkbox"/> Nie
3.11	Czy członkowie Pana(-i) rodziny otrzymują emeryturę/rentę lub wystąpili o przyznanie emerytury/renty?	<input type="checkbox"/> Tak, od _____ (dzień/miesiąc/rok) Kraj: _____ <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, od _____ (dzień/miesiąc/rok) Kraj: _____ <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, od _____ (dzień/miesiąc/rok) Kraj: _____ <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, od _____ (dzień/miesiąc/rok) Kraj: _____ <input type="checkbox"/> Nie
3.12	Czy członkowie Pana(-i) rodziny mają <u>własny tytuł</u> do ubezpieczenia zdrowotnego w kraju zamieszkania?	<input type="checkbox"/> Tak, od _____ (dzień/miesiąc/rok) Kraj: _____ <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, od _____ (dzień/miesiąc/rok) Kraj: _____ <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, od _____ (dzień/miesiąc/rok) Kraj: _____ <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, od _____ (dzień/miesiąc/rok) Kraj: _____ <input type="checkbox"/> Nie

		Pierwsza osoba	Druga osoba	Trzecia osoba	Czwarta osoba
3.13	Czy członkowie Pana(-i) rodziny są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym w kraju zamieszkania w ramach ubezpieczenia innej osoby (np. dziecko w ramach ubezpieczenia jednego z rodziców)?	<input type="checkbox"/> Tak, od ----- (dzień/miesiąc/rok) Kraj: ----- <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, od ----- (dzień/miesiąc/rok) Kraj: ----- <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, od ----- (dzień/miesiąc/rok) Kraj: ----- <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, od ----- (dzień/miesiąc/rok) Kraj: ----- <input type="checkbox"/> Nie
3.14	Nazwa i adres kasy chorych w miejscu zamieszkania: Ulica, nr domu: Kod pocztowy: Miejscowość: Numer ubezpieczenia:	----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- ----- -----

- Potwierdzam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe.
- Zobowiązuję się do niezwłocznego i aktywnego informowania o wszelkich zmianach mojej sytuacji i/lub sytuacji członków mojej rodziny (np. przeprowadzka, wygaśnięcie uprawnień członków rodziny za granicą, wygaśnięcie ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny w ramach ubezpieczenia innej osoby za granicą, podjęcie pracy zarobkowej itp.).
- Jest mi wiadome, że jeśli nie poinformuję o zmianie mojej sytuacji lub poinformuję o tym z opóźnieniem, nienależnie pobrane świadczenia podlegają zwrotowi.
- Moim podpisem oświadczam, że otrzymałem zgodę członków mojej rodziny na podanie wymaganych danych.

miejsowość, data

podpis członka kasy chorych

W razie pytań (informacje dobrowolne)

Telefon: _____

E-mail: _____

Informacja o ochronie danych osobowych:

Dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są niezbędne do wypełnienia naszych zadań ustawowych zgodnie z § 284 ust. 1 zdanie 1 pkt 2 i 4 Księga V Kodeksu socjalnego (SGB V) w celu korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w kraju zamieszkania lub ewentualnie poza nim (art. 11, 17, 22, 24, 25 i 26 Rozporządzenia (WE) nr 883/2004). Pana(-i) współpraca jest niezbędna zgodnie z § 60 SGB I lub art. 76 ust. 4 Rozporządzenia (WE) nr 883/2004 oraz art. 3 ust. 2 Rozporządzenia (WE) nr 987/2009. Brak współpracy może mieć negatywny wpływ na korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej lub może prowadzić do utraty prawa do tych świadczeń w kraju zamieszkania. Ogólne informacje dotyczące przetwarzania danych i praw przysługujących Panu(-i) z tego tytułu są dostępne pod adresem: [Datenschutzrechte | AOK](#) lub do uzyskania w każdym oddziale AOK Plus. Podanie numeru telefonu i adresu e-mail jest dobrowolne i służy do celów szybkiego kontaktu w przypadku pytań dotyczących podanych przez Pana(-ią) informacji.