

Wniosek o wydanie formularza E106/E109/S1 do korzystania ze świadczeń rzeczowych w przypadku zamieszkania poza granicami Niemiec
(Proszę wypełnić drukowanymi literami i dołączyć kopię dowodu osobistego)

Nazwisko, imię

Data urodzenia

Numer niemieckiego ubezpieczenia

Ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość (miejsce pobytu w Niemczech) – jeżeli takie istnieje

Ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość, państwo (stałe miejsce zamieszkania poza granicami Niemiec)

Ostatnia kasa chorych poza granicami Niemiec – **nazwa i adres** (proszę koniecznie podać)

Obywatelstwo

PESEL

Wnoszę o wystawienie dokumentu uprawniającego do świadczeń zdrowotnych E106/S1 od dnia...

Wnoszę o wystawienie dokumentu uprawniającego do świadczeń zdrowotnych E109/S1 od dnia... dla członków mojej rodziny, zamieszkujących bez mnie poza granicami Niemiec.

Członkowie rodziny

Posiadam poza granicami Niemiec członków rodziny, którzy mają być objęci ubezpieczeniem:

nie

tak, wymienieni członkowie rodziny:

| | Małżonkowie/za- rejestrowani partnerzy | dziecko | dziecko | dziecko |
|---|---|---|---|---|
| Nazwisko | | | | |
| Imię | | | | |
| Data urodzenia | | | | |
| Miejsce pobytu poza granicami Niemiec (jeżeli różni się od zgłaszającego) | | | | |
| Płeć (m = mężczyzna k = kobieta) | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (k) | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (k) | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (k) | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (k) |
| Nazwisko rodowe | | | | |
| Miejsce urodzenia | | | | |
| Obywatelstwo | | | | |
| własne ubezpieczenie | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| PESEL | | | | |

Czy małżonek / partner lub drugi rodzic dziecka posiada własne ubezpieczenie ze względu na zatrudnienie lub prowadzenie samodzielnej działalności gospodarczej?

nie

tak

Nazwa Kasy chorych

Oświadczenie ubezpieczonego o ewentualnej pracy przygranicznej

Pracuję w Niemczech, mam ubezpieczenie w AOK Nordost. Z miejsca wykonywania pracy w Niemczech wracam regularnie **co najmniej raz w tygodniu** do mojego miejsca zamieszkania poza granicami Niemiec

tak

nie

Powyższe dane są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

O wszelkich zmianach będę informować AOK Nordost dobrowolnie i niezwłocznie, szczególnie o zmianie miejsca zamieszkania lub ubezpieczenia. **Z powodu zbyt późnego - lub niepoinformowania o zmianach przysługuje nam prawo do zwrotu niewłaściwie wypłaconych świadczeń.**

Ochrona prywatności

AOK Nordost zbiera dane osobowe na podstawie § 284 ust. 1 pierwsze zdanie pkt. 2 i 4 SGB V (kodeks ubezpieczeń społecznych) w związku z rozporządzeniem Komisji (WE) 883/04.

Podane przez Państwa dane są dobrowolne, jednak Pan/Pani jest zobowiązany/a na podstawie § 60 SGB do współpracy wymaganej przy składaniu wniosku. Proszę zwrócić uwagę, że niepełne informacje mogą mieć negatywny wpływ na korzystanie ze świadczeń zdrowotnych. ogólne informacje na temat prywatności i ich praw można znaleźć na stronie www.aok.de/nordost/datenschutzrechte



Telefon (*Angabe freiwillig*)

Data/podpis ubezpieczonego lub opiekuna/pełnomocnika bądź przedstawiciela prawnego

Data/podpis małżonka/zarajestrowanego partnera/ki (tylko u osób objętych wspólnym ubezpieczeniem)

Adnotacja urzędowa

Podpis / pieczęć doradcy/doradczyni AOK

Bitte wenden
Proszę obrócić