

Antrag auf Krankenversicherung
Wniosek na ubezpieczenie zdrowotne



Vermittler: EURO-CONTACT
Agenturnummer: 33780000
Agentur E-Mail: kunden24@gmx.de

Produkt / Produkt: **CARE EXPARTIATE**

Tarifvariante / *wariant taryfy*: **Comfort**

Selbstbeteiligung / *udział własny*: **Standard 150**

Pesönliche Daten / dane osobowe:

Antragsteller und versicherte Person / *osoba wnioskująca i ubezpieczona*:

Geschlecht / *Płeć* ☐ männlich / *mężczyzna* ☐ weiblich / *kobieta*

Vorname / *imię*

Name / *nazwisko*

Geburtsdatum / *data urodzenia*

Anschrift / *dokładny adres*

c/o

Strasse, nr: / *ulica i numer*

PLZ / *kod pocztowy*

Ort / *Miejscowość*

E-Mail / *email*

Telefon / *telefon*

Nationalität / *obywatelstwo*

Versicherungsbeginn / *Początek ubezpieczenia*

Wünschen Sie sich eine Zusatzversicherung (Haftpflicht- und Unfallversicherung in Tarif XL – zusätzlich 7,50 EUR monatlich)?

Czy życzą sobie Państwo dodatkowe ubezpieczenie OC i wypadkowe w taryfie XL – dodatkowo 7,50 EUR miesięcznie?

☐ Ja / *tak*

☐ nein / *nie*

Einreisedatum nach Deutschland / *data przyjazdu do Niemiec*

Grund des Aufenthaltes in Deutschland / *powód pobytu w Niemczech*

Tätigkeit / *rodzaj działalności*

Ist eine Vorversicherung in Deutschland vorhanden? / *Czy posiadał/a Pan/Pani już wcześniej ubezpieczenie w Niemczech?*

☐ ja / *tak*

☐ nein / *nie*

Wenn „ja“ Name und Nummer der Vorversicherung / *Jeśli „tak“ to nazwa i numer poprzedniego ubezpieczenia*

Ende der Vorversicherung: / *Koniec poprzedniego ubezpieczenia*

Banverbindung für monatliche Beitragsabbuchung: / *Polecenie zapłaty z konta bankowego co miesiąc*

IBAN: DE

Bankname / *nazwa banku:*

Kontoinhaber / *właściciel konta:*

Gesundheitsfragen / *pytania dotyczące zdrowia*

1. Werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren von einem Arzt, Heilpraktiker oder anderem Therapeuten behandelt, beraten oder untersucht (**ausgenommen Vorsorgeuntersuchungen ohne Befund, Erkältungen, grippale Infekte und kurzfristige Magen-Darm-Verstimmungen**)?

1. Czy w ostatnich 5 latach był/a Pan/i leczona/y lub konsultowana/y u lekarza lub terapeuty (oprócz badań okresowych, przeziębień, infekcji grypalnej)?

☐ ja / *tak*

☐ nein / *nie*

2. Haben in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche angeraten oder geplant?

2. Czy był/a Pan/i w ostatnich 5 latach w szpitalu, sanatorium, na rehabilitacji lub czy były w tym czasie przeprowadzane operacje?

☐ ja / tak ☐ nein / nie

3. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren ärztlich festgestellte Anomalien, Behinderungen, Fehlstellungen, Fehlbildungen oder Funktionsbeeinträchtigungen (Diese können z.B. durch Unfälle, Operationen, Krankheiten, Amputationen oder Organspenden hervorgerufen oder angeboren sein.)?

3. Czy są lub były w ostatnich 5 latach anomalie, inwalidztwo, zniekształcenia albo zaburzenia czynnościowe (spowodowane n.p. wypadkami, chorobami, amputacjami czy dawstwem organów)?

☐ ja / tak ☐ nein / nie

4. Werden oder wurden in den letzten 5 Jahren regelmäßig oder für einen Zeitraum von mehr als 10 Tagen Medikamente, Schmerzmittel, Beruhigungsmittel oder Schlafmittel eingenommen oder angewendet (ausgenommen Mittel zur Empfängnisverhütung)?

5. Czy były w ostatnich 5 latach przyjmowane dłużej niż 10 dni leki przeciwbólowe, uspokajające czy nasenne (oprócz środków antykoncepcyjnych)?

☐ ja / tak ☐ nein / nie

6. Besteht oder bestand eine Medikamenten-, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit (außer Nikotinkonsum) oder eine Essstörung?

6. Czy istnieje lub istniało uzależnienie od leków, alkoholu czy narkotyków (oprócz palenia tytoniu) lub zaburzenia apetytu?

☐ ja / tak ☐ nein / nie

7. Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit um mehr als 60%? / 7. Czy istnieje niezdolność do pracy powyżej 60%?

☐ ja / tak ☐ nein / nie

8. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? / 8. Czy nosi Pani/Pan okulary lub szkła kontaktowe?

☐ ja / tak ☐ nein / nie

Geben Sie bitte die Anzahl der Dioptrien für das linke Auge an / Proszę podać ilość dioptrii lewego oka

Geben Sie bitte die Anzahl der Dioptrien für das rechte Auge an / Proszę podać ilość dioptrii prawego oka

9. Fehlen Ihnen Zähne (ausgenommen Weisheitszähne)? / 9. Czy brakują zęby (poza zębami trzonowymi)?

☐ ja / tak ☐ nein / nie

Geben Sie bitte die Anzahl fehlender Zähne an (ausgenommen Weisheitszähne).

Proszę podać ilość brakujących zębów (oprócz zębów trzonowych)

10. Haben Sie ersetzte / überkronte Zähne? / 10. Czy posada Pani/Pan wstawione zęby / koronki?

☐ ja / tak ☐ nein / nie

Geben Sie bitte die Anzahl ersetzter / überkronter Zähne an

Proszę podać ilość wstawianych zębów / koronek.

11. Größe / wzrost cm Gewicht / waga kg

Mit eigenständigen Unterschrift bevollmächtige ich euro-contact.info zur Versicherungsschutz nach Tarif Care Expatriate bei Care Concept AG

Własnoręcznym podpisem upoważniam euro- contact, Hamburg do objęcia wymaganej ochroną ubezpieczeniową w Care Concept AG.

.....
Ort / Miejscowość

.....
Datum / data

.....
Unterschrift / podpis