

Да, искам да стана член на DAK-Gesundheit
Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

от/ab _____

Моля, изпратете обратно на:

DAK-Gesundheit
SC Vertrieb
78244 Gottmadingen
Fax: 07731 90958 7000
E-mail: aufnahme@dak.de

DAK
Gesundheit

Лични данни/Persönliche Angaben

Г-жа/Frau Г-н/Herr

Фамилия/Name	Собствено име/Vorname	Дата на раждане/ Geburtsdatum	Телефон/мобил. телефон*/ Telefon/Handy*
Улица, №, Пощ. код, Град/Straße/Nr./PLZ/Ort			
Пенсионноосигурителен номер/RV-Nr.	Здравноосигурителен номер/KV-Nr.	Имейл*/E-Mail*	

попълнете само, ако все още нямате пенсионноосигурителен номер

Рождено име/Geburtsname	Място на раждане/Geburtsort	Гражданство/Staatsangehörigkeit	Държава на раждане/Geburtsland
-------------------------	-----------------------------	---------------------------------	--------------------------------

Данни за оценка на застраховането при DAK-Gesundheit/Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

Аз съм/Ich bin

- работник/чка/Arbeitnehmer(in) обучаем (а) в дадена професия / Auszubildende(r) безработен (а)/arbeitslos (Моля да приложите известие)
- моето основно занятие е като самостоятелно заето лице/hauptberuflich selbstständig студент (ка)/Student(in) (Моля да приложите доказателство за приемане във висше учебно заведение) пенсионер (ка)/подал (а) молба за пенсия/Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (Моля евентуално да приложите известие за пенсия)
- _____ (напр. чиновник, домакиня, лице с тежки увреждания, дете)

Начало на трудова заетост/на следване/
Beschäftigungs-/Studienbeginn

Работодател/ВУЗ/Arbeitgeber/Hochschule

Име/Name

Адрес/Anschrift

• месечно брутно възнаграждение/
Monat. Bruttoarbeitsentgelt

Евро

• еднократни приходи/Einmalige Einnahmen не/Nein да/Ja

(напр. 13-та заплата, платен отпуск)

Евро

Аз участвам във фирмата (дружеството)/Имам родствена/роднинска връзка с работодателя./
Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert

Аз извършвам/Ich übe

- допълнителна дейност/eine weitere Beschäftigung aus допълнително упражнявам дейност като самостоятелно заето лице/nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus За първи път извършвам трудово занятие/
Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

Аз следвам/Ich studiere

- в момента в/zeit im _____ семестър/Fachsemester на дуална форма на обучение/
im Rahmen eines dualen Studiums не/Nein да/Ja
- Наред със следването си работя/Ich bin neben meinem Studium beschäftigt не/Nein да/Ja седмичното работно време възлиза _____ часа/
на/Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden
- Наред със следването си упражнявам дейност като самостоятелно заето лице/Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig не/Nein да/Ja

- Подал (а) съм заявление за пенсия на/Ich habe einen Rentenantrag gestellt am _____ Получавам пенсия от/
Ich beziehe Rente ab/seit _____
- Получавам пенсионни добавки (напр. фирмена пенсия, пенсия на служител) респ. подал-а съм заявление за получаване на пенсионни добавки
(Моля евентуално да приложите известие)./Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (bitte ggf. Bescheid beifügen)
- Получавам придобивки съгласно Закона за пенсионните добавки/Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz

Освободен (а) съм от/Ich habe mich befreien lassen von der (Моля да приложите известие)

- задължително здравно осигуряване/
Krankenversicherungspflicht задължително пенсионно осигуряване/
Rentenversicherungspflicht задължение за осигуряване на медицински грижи/
Pflegeversicherungspflicht
- За мен изискването за семейна застраховка е изтекло/изключено./Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen.

Данни за предходно осигуряване/Angaben zur Vorversicherung

Последно съм бил (а)/от/vom _____ до/bis _____ при/
Ich war zuletzt _____ bei der _____ Име и място на здравната каса/Name und Ort der Krankenkasse

- задължително осигурен (а)/pflichtversichert доброволно осигурен (а)/freiwillig versichert семейно застрахован (а) чрез/
familienversichert über _____ Име на главния (та) застрахован (а)/Name des Hauptversicherten
- частно застрахован (а)/privat versichert престой в чужбина/Auslandsaufenthalt
- Моля, приложете потвърждението за прекратяване на предходното здравно осигуряване.

Определяне на родителството/Feststellung der Elterneigenschaft

Имате ли дете (включително доведено, осиновено или приемно дете)?/
Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?

не/Nein да/Ja (Моля да приложите документи)

Данни за членове на семейството/Angaben zu Angehörigen

Имам членове на семейството (съпруг (а) / деца), които трябва да се осигурят с мен без членски внос./Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

Препоръчайте ни – обадете ни се./Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.
*доброволни данни

Дата, подпис/Datum, Unterschrift

Личните Ви данни (социални данни) са ни необходими, за да изпълним правилно нашите задължения към Вас. Това задължение се основава на § 284 от Социалния кодекс Книга V (СК V) в вр. с §206 СК V или §28 о СК IV и §94 СК XI в вр. с § 50 СК XI. С удоволствие ще Ви информираме за това как защитаваме Вашите лични данни.



Има много добри причини. За отлична здравноосигурителна каса.

Ако все още не сте член на DAK-Gesundheit, станете сега такъв и изберете здравноосигурителна каса, която Ви предлага повече – за **Вашето здраве с поглед към бъдещето:**

Превъзходни услуги

- за да запазите здравето си, напр. нашите онлайн консултации
- за да възвърнете здравето си напр. мрежата от специалисти



Превъзходно обслужване

- напр. нашите горещи линии по всяко време на денонощието във връзка с теми относно детската и спортната медицина



Превъзходни бонусни програми

- напр. с ценни награди за здравословен и активен начин на живот
- напр. **DAK junior AktivBonus** с една хубава премия в брой за здравословен растеж



По-подробна информация за отличното качество на здравноосигурителната каса DAK-Gesundheit ще получите във Вашия сервизен център, на тел. **0621 5490-1961** или **www.dak.de**

DAK
Gesundheit