

# Takhle snadno se stanete členem:

- 1 Vytiskněte si, prosím, žádost o přijetí.
- 2 Vyplňte své osobní údaje a formulář podepište.
- 3 Vyplněnou žádost o přijetí

zašlete, prosím, poštou na:



**DAK-Gesundheit**  
**SC Vertrieb**  
**78244 Gottmadingen**

(poštovné za vás převezme DAK-Gesundheit)

nebo faxem na:



**07731 90958 7000**

nebo emailem na:



**aufnahme@dak.de**

- 4 Obratem obdržíte od DAK-Gesundheit potvrzení o členství a svou novou kartu pojištěné osoby.
- 5 Hotovo! Nyní můžete profitovat ze skvělých výhod DAK-Gesundheit.

**DAK**  
Gesundheit



Porto  
zahlt  
Empfänger

Antwort

**DAK-Gesundheit**  
SC Vertrieb  
78244 Gottmadingen

Ano, chci se stát členem DAK-Gesundheit/Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

od/ab \_\_\_\_\_

**Osobní údaje/Persönliche Angaben**

Paní/Frau  Pan/Herr

Příjmení, jméno/Name, Vorname		Datum narození/Geburtsdatum	Telefon/mobil */Telefon/Handy *
Adresa/Anschrift			E-mail */E-Mail *
Číslo důchodového pojištění/Rentenversicherungsnummer	Číslo nemocenského pojištění/Krankenversicherten-Nr.		
Vyplnit jen tehdy, pokud ještě nebylo přiděleno číslo důchodového pojištění/nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt			
Rodné jméno/Geburtsname	Místo narození/Geburtsort	Státní příslušnost/Staatsangehörigkeit	Země narození/Geburtsland

**Údaje pro kontrolu pojištění u DAK-Gesundheit/Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit**

**Jsem/Ich bin**

- zaměstnanec/zaměstnankyně/Arbeitnehmer(in)  učeň/učnice/Auszubildende(r)  nezaměstnaný/nezaměstnaná/arbeitslos (přiložte prosím doklad)  
 osoba samostatně výdělečně činná/hauptberuflich selbstständig  student/studentka (přiložte prosím potvrzení o zápisu)  důchodce/důchodkyně/žadatel/žadatelka o důchod/Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (popř. prosím přiložte důchodový výměr)  
 \_\_\_\_\_ (např. úředník, žena v domácnosti, osoba s těžkým postižením, dítě)

Zahájení zaměstnaneckého poměru/studia/ Beschäftigungs-/Studienbeginn

Zaměstnavatel/vysoká škola/Arbeitgeber/Hochschule

Název/Name

Adresa/Anschrift

- hrubý měsíční plat/monatl. Bruttoarbeitsentgelt \_\_\_\_\_ €  jednorázové příjmy/einmalige Einnahmen (např. 13.plat, příspěvek na dovolenou) \_\_\_\_\_ €  ne/nein  ano/ja \_\_\_\_\_ €  
 Jsem podílníkem firmy (společnosti)/příbuzný/spřízněný se zaměstnavatelem./Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.

**Vykonávám/Ich übe**

- další zaměstnání / eine weitere Beschäftigung aus \_\_\_\_\_  vedle toho samostatně výdělečnou činnost/ nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus \_\_\_\_\_  poprvé nastupuji do zaměstnání/ Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

**Studuji/Ich studiere**

- momentálně v/zurzeit im \_\_\_\_\_ odborném semestru/Fachsemester  v rámci kombinovaného studia/im Rahmen eines dualen Studiums  ne/nein  ano/ja  
 kromě studia chodím do zaměstnání/Ich bin neben meinem Studium beschäftigt  ne/nein  ano/ja } týdně pracovní doba činí/ die wöchentliche Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ hodin/ \_\_\_\_\_ Stunden  
 kromě studia jsem osoba samostatně výdělečně činná/Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig  ne/nein  ano/ja }
- Mám podanou žádost o důchod ze dne/Ich habe einen Rentenantrag gestellt am \_\_\_\_\_  Pobírám důchod od/Ich beziehe Rente ab/seit \_\_\_\_\_  
 Dostávám vyplácenou podporu (např. podnikovou rentu/penzi), resp. mám o výplatu této podpory zažádáno (popř. prosím přiložte doklad)/ Ich erhalte Versorgungsbezüge beantragt (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen).  
 Dostávám dávky podle zákona o sociálním zabezpečení./Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz.

**Nechal jsem se osvobodit od následujících plateb/Ich habe mich befreien lassen von der** (popř. prosím přiložte doklad)

- povinné nemocenské pojištění/Krankenversicherungspflicht  povinné důchodové pojištění/Rentenversicherungspflicht  Povinné pojištění nákladů opatrovnictví/Pflegeversicherungspflicht  
 Nárok na rodinné pojištění pro mě zanikl/je vyloučen./Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen.

**Údaje o dřívějším pojištění/Angaben zur Vorversicherung**

V posledních 18 měsících jsem byl pojištěn u/ Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei \_\_\_\_\_

název a sídlo zdravotní pojišťovny/Name und Ort der Krankenkasse

povinné pojištění/pflichtversichert  dobrovolné pojištění/freiwillig versichert  rodinné pojištění prostřednictvím/familienversichert über \_\_\_\_\_ jméno hlavního pojištěného/Name des Hauptversicherten  
 soukromé pojištění/privat versichert  pobyt v zahraničí/Auslandsaufenthalt

**Stanovení rodičovství/Feststellung der Elterneigenschaft**

Máte dítě (také nevlastní, adoptivní nebo svěřené do péče)?/ Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?

ne/nein  ano/ja (přiložte prosím doklad)

**Údaje o členech rodiny/Angaben zu Angehörigen**

Mám členy rodiny (manžel/manželka / děti), kteří mají být spolupojištěni a osvobozeni od placení pojistného./Ich habe Angehörige (Ehegatte(-in) / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Budeme rádi, když nám doporučíte jiným – zavolejte nám./Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.  
 \* dobrovolné údaje/\* freiwillige Angaben

Datum, podpis/Datum, Unterschrift

Vaše osobní údaje (sociální údaje) potřebujeme, abychom pro vás mohli správně vyřizovat své úkoly. Za základ zde slouží § 284 Zákonníku o sociálním zabezpečení V (SGB V) ve spojení s § 206 SGB V nebo § 28 o SGB IV a § 94 SGB XI ve spojení s § 50 SGB XI. Rádi vás budeme informovat, jak jsou vaše údaje chráněny.

## Vyhotovení pro žadatele/žadatelku

Ano, chci se stát členem DAK-Gesundheit/Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

od/ab \_\_\_\_\_

### Osobní údaje/Persönliche Angaben

Paní/Frau  Pan/Herr

Příjmení, jméno/Name, Vorname	Datum narození/Geburtsdatum	Telefon/mobil */Telefon/Handy *	
Adresa/Anschrift	E-mail */E-Mail *		
Číslo důchodového pojištění/Rentenversicherungsnummer	Číslo nemocenského pojištění/Krankenversicherten-Nr.		
Vyplnit jen tehdy, pokud ještě nebylo přiděleno číslo důchodového pojištění/nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt			
Rodné jméno/Geburtsname	Místo narození/Geburtsort	Státní příslušnost/Staatsangehörigkeit	Země narození/Geburtsland

### Údaje pro kontrolu pojištění u DAK-Gesundheit/Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

#### Jsem/Ich bin

- zaměstnanec/zaměstnankyně/Arbeitnehmer(in)  učeň/učnice/Auszubildende(r)  nezaměstnaný/nezaměstnaná/arbeitslos (přiložte prosím doklad)
- osoba samostatně výdělečně činná/hauptberuflich selbstständig  student/studentka (přiložte prosím potvrzení o zápisu)  důchodce/důchodkyně/žadatel/žadatelka o důchod/Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (popř. prosím přiložte důchodový výměr)
- \_\_\_\_\_ (např. úředník, žena v domácnosti, osoba s těžkým postižením, dítě)

Zahájení zaměstnaneckého poměru/studia/ Beschäftigungs-/Studienbeginn

Zaměstnavatel/vysoká škola/Arbeitgeber/Hochschule

Adresa/Anschrift

- hrubý měsíční plat/monatl. Bruttoarbeitsentgelt \_\_\_\_\_ €  jednorázové příjmy/einmalige Einnahmen (např. 13. plat, příspěvek na dovolenou) \_\_\_\_\_ €  ne/nein  ano/ja \_\_\_\_\_ €
- Jsem podílníkem firmy (společnosti)/příbuzný/spřízněný se zaměstnavatelem./Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.

#### Vykonávám/Ich übe

- další zaměstnání / eine weitere Beschäftigung aus \_\_\_\_\_  vedle toho samostatně výdělečnou činnost/ nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus \_\_\_\_\_  poprvé nastupuji do zaměstnání/ Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

#### Studuji/Ich studiere

- momentálně v/zurzeit im \_\_\_\_\_ odborném semestru/Fachsemester  v rámci kombinovaného studia/im Rahmen eines dualen Studiums  ne/nein  ano/ja
- kromě studia chodím do zaměstnání/Ich bin neben meinem Studium beschäftigt  ne/nein  ano/ja } týdenní pracovní doba činí/ die wöchentliche Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ hodin/ \_\_\_\_\_ Stunden
- kromě studia jsem osoba samostatně výdělečně činná/Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig  ne/nein  ano/ja } \_\_\_\_\_
- Mám podanou žádost o důchod ze dne/Ich habe einen Rentenantrag gestellt am \_\_\_\_\_  Pobírám důchod od/Ich beziehe Rente ab/seit \_\_\_\_\_
- Dostávám vyplácenou podporu (např. podnikovou rentu/penzi), resp. mám o výplatu této podpory zažádáno (popř. prosím přiložte doklad)/ Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen).
- Dostávám dávky podle zákona o sociálním zabezpečení./Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz.

#### Nechal jsem se osvobodit od následujících plateb/Ich habe mich befreien lassen von der \_\_\_\_\_ (popř. prosím přiložte doklad)

- povinné nemocenské pojištění/Krankenversicherungspflicht  povinné důchodové pojištění/Rentenversicherungspflicht  Povinné pojištění nákladů opatrovnictví/Pflegeversicherungspflicht
- Nárok na rodinné pojištění pro mě zanikl/je vyloučen./Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen.

### Údaje o dřívějším pojištění/Angaben zur Vorversicherung

V posledních 18 měsících jsem byl pojištěn u/ Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei \_\_\_\_\_

název a sídlo zdravotní pojišťovny/Name und Ort der Krankenkasse

- povinné pojištění/pflichtversichert  dobrovolné pojištění/freiwillig versichert  rodinné pojištění prostřednictvím/familienversichert über \_\_\_\_\_ jméno hlavního pojištěného/Name des Hauptversicherten
- soukromé pojištění/privat versichert
- pobyt v zahraničí/Auslandsaufenthalt

### Stanovení rodičovství/Feststellung der Elterneigenschaft

Máte dítě (také nevlastní, adoptivní nebo svěřené do péče)?/ Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?

ne/nein  ano/ja (přiložte prosím doklad)

### Údaje o členech rodiny/Angaben zu Angehörigen

Mám členy rodiny (manžel/manželka / děti), kteří mají být spolupojištěni a osvobozeni od placení pojistného./Ich habe Angehörige (Ehegatte(-in) / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Budeme rádi, když nám doporučíte jiným – zavolejte nám./Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

Datum, podpis/Datum, Unterschrift

\* dobrovolné údaje/\* freiwillige Angaben

Vaše osobní údaje (sociální údaje) potřebujeme, abychom pro vás mohli správně vyřizovat své úkoly. Za základ zde slouží § 284 Zákoníku o sociálním zabezpečení V (SGB V) ve spojení s § 206 SGB V nebo § 28 o SGB IV a § 94 SGB XI ve spojení s § 50 SGB XI. Rádi vás budeme informovat, jak jsou vaše údaje chráněny.