

Ilyen egyszerűen lehet tag:

- 1 Kérjük, nyomtassa ki a felvételi kérelmet.
- 2 Írja be személyes adatait, és írja alá a nyomtatványt.
- 3 Kérjük, hogy a kitöltött felvételi kérelmet

postai úton küldje meg a



DAK-Gesundheit
SC Vertrieb
78244 Gottmadingen

(A feladási díjat a DAK-Gesundheit fizeti Ön helyett)

címre, vagy erre a fax-számra:



07731 90958 7000

vagy e-mailen erre a címre:



aufnahme@dak.de

- 4 Tagsági igazolását és új biztosítási kártyáját a DAK-Gesundheit haladéktalanul megküldi Önnek.
- 5 Kész! Mostantól élvezheti a DAK-Gesundheit által nyújtott kiváló előnyöket.

DAK
Gesundheit



Porto
zahlt
Empfänger

Antwort

DAK-Gesundheit
SC Vertrieb
78244 Gottmadingen

Az eredeti a DAK-Gesundheit példánya

Igen, a DAK-Gesundheit tagja szeretnék lenni/Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

a következő időponttól/ab _____

Személyes adatok/Persönliche Angaben

Asszony/Frau Úr/Herr

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| Vezetéknév, Utónév/Name, Vorname | Születési idő/Geburtsdatum | Telefon/Mobil */Telefon/Handy * |
| Cím/Anschrift | E-mail */E-Mail * | |
| Nyugdíjbiztosítási szám/Rentenversicherungsnummer | Betegbiztosítási sz./Krankenversicherten-Nr. | |
| Csak akkor kell kitölteni, ha még nincs nyugdíjbiztosítási száma/nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt | | |
| Születési név/Geburtsname | Születési hely/Geburtsort | Állampolgárság/Staatsangehörigkeit |
| | | Születési ország/Geburtsland |

Adatok a DAK-Gesundheit intézetnél lévő biztosítás ellenőrzéséhez/Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

Státusz/Ich bin

- munkavállaló/Arbeitnehmer(in) tanuló/Auszubildende(r) munkanélküli /arbeitslos (Kérjük a határozatot mellékelni)
 főoglalkozású önálló tevékenységet végző/hauptberuflich selbstständig hallgató/Student(in) nyugdíjas/nyugdíjat kérelmező /Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (Kérjük, adott esetben mellékelje a nyugdíjhatározatot)
 _____ (pl. tisztviselő, háztartásbeli, súlyosan fogyatékos, gyermek)

Foglalkoztatás/tanulmányok kezdete/Beschäftigungs-/Studienbeginn _____

munkaadó/főiskola/Arbeitgeber/Hochschule _____

Név/Name _____ Cím/Anschrift _____

havi bruttó munkabér/monatlt. Bruttoarbeitsentgelt _____ € egyszeri bevételek/einmalige Einnahmen _____ €
 (pl. 13. havi fizetés, szabadság idejére járó juttatás) nem/nein igen/ja _____ €

A cégben (társaságban) érdekeltségem van / a munkaadóval rokonságban / sógorságban állok. /Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.

További/Ich übe

- foglalkozásom van/eine weitere Beschäftigung aus emellett önálló tevékenységet végzek/nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus Első alkalommal vállalom munkát/Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

Tanulmányokat folytatok/Ich studiere

- jelenleg a(z)/zurzeit im _____ szakszemeszterben/Fachsemester duális képzés keretében /im Rahmen eines dualen Studiums nem/nein igen/ja
 Tanulmányaim mellett dolgozom/Ich bin neben meinem Studium beschäftigt nem/nein igen/ja
 Tanulmányaim mellett önálló tevékenységet végzek/Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig nem/nein igen/ja

A heti munkaidő mértéke/die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ óra/_____ Stunden

- Nyugdíjkérelmet nyújtottam be/Ich habe einen Rentenantrag gestellt am _____ dátummal Nyugdíjat kapok ettől az időponttól kezdve/óta/Ich beziehe Rente ab/seit _____
 Nyugellátási juttatásokat kapok (pl. vállalati nyugdíj/öregségi nyugdíj), ill. nyugellátást kérelmeztem (Kérjük, adott esetben mellékelje a határozatot)./
 Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen).
 Juttatásokat kapok egy ellátásról szóló törvény szerint./Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz.

Felmentésemet kérem az alábbiak alól/Ich habe mich befreien lassen von der _____ (Kérjük, adott esetben mellékelje a határozatot)

- Betegbiztosítási kötelezettség /Krankenversicherungspflicht Nyugdíjbiztosítási kötelezettség/Rentenversicherungspflicht Ápolási biztosítási kötelezettség/Pflegeversicherungspflicht
 Részemre a családi biztosítási jogosultság megszűnt/kizárt./Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen.

Adatok az előző biztosításhoz/Angaben zur Vorversicherung

z elmúlt 18 hónapban biztosítással rendelkeztem/Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei _____

A betegbiztosítási pénztár neve és székhelye/Name und Ort der Krankenkasse _____

Kötelezően biztosítottként/pflichtversichert Önkéntes biztosítottként/freiwillig versichert Családi jogon biztosítottként/familienversichert über _____ A fő biztosított neve/Name des Hauptversicherten _____
 Magánbiztosítottként/privat versichert
 Külföldi tartózkodás/Auslandsaufenthalt

Kérjük az eddigi betegbiztosítási pénztár felmondási igazolását mellékelni.

Szülei minőség megállapítása/Feststellung der Elterneigenschaft

Van Önnek gyermeke (mostoha-, örökbefogadott vagy nevelt gyermek is)?/Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?

nem/nein igen/ja (Kérjük az igazolást mellékelni)

Hozzá tartozók adatai/Angaben zu Angehörigen

Van olyan hozzátartozóm (házastárs/gyermekek), aki járulégmentesen társbiztosítottként biztosítandó./Ich habe Angehörige (Ehegatte(-in) / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Ájánljon bennünket másoknak is - hívjon fel minket telefonon./Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

Dátum, aláírás/Datum, Unterschrift

* önkéntes adatok/* freiwillige Angaben

Személyes adataira (szociális adataira) azért van szükségünk, hogy feladatainkat az Ön számára megfelelően végezhessük. Ennek alapja az V. Társadalombiztosítási Törvénykönyv (SGB V) 284. §-a, az SGB V 206. §-ával összefüggésben, vagy SGB IV 28. § o) és SGB XI 94. § az SGB XI 50. §-ával összefüggésben. Készséggel tájékoztatjuk Önt adatai védelmének módjáról.

A másolat a kérelmező példánya

Igen, a DAK-Gesundheit tagja szeretnék lenni/Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

a következő időponttól/ab

Személyes adatok/Persönliche Angaben

Asszony/Frau Úr/Herr

| | | | |
|---|---|------------------------------------|------------------------------|
| Vezetéknév, Utónév/Name, Vorname | Születési idő/Geburtsdatum | Telefon/Mobil */Telefon/Handy * | |
| Cím/Anschrift | E-mail */E-Mail * | | |
| Nyugdíjbiztosítási szám/Rentenversicherungsnummer | Betegbiztosítási sz./Krankenversicherer-Nr. | | |
| Csak akkor kell kitölteni, ha még nincs nyugdíjbiztosítási száma/nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt | | | |
| Születési név/Geburtsname | Születési hely/Geburtsort | Állampolgárság/Staatsangehörigkeit | Születési ország/Geburtsland |

Adatok a DAK-Gesundheit intézetnél lévő biztosítás ellenőrzéséhez/Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

Státusz/Ich bin

- munkavállaló/Arbeitnehmer(in) tanuló/Auszubildende(r) munkanélküli /arbeitslos (Kérjük a határozatot mellékelni)
- főfoglalkozású önálló tevékenységet végző/
hauptberuflich selbstständig hallgató/Student(in) nyugdíjas/nyugdíjat kérelmező /Rentner(in)/Rentenantragsteller(in)
(Kérjük a jogviszony-igazolást mellékelni) (Kérjük, adott esetben mellékelje a nyugdíjhatározatot)
- _____ (pl. tisztviselő, háztartásbeli, súlyosan fogyatékos, gyermek)

| | | | |
|--|--|----------|---------------|
| Foglalkoztatás/tanulmányok kezdete/ Beschäftigungs-/Studienbeginn | munkaadó/főiskola/Arbeitgeber/Hochschule | Név/Name | Cím/Anschrift |
|--|--|----------|---------------|

- havi bruttó munkabér/
monatl. Bruttoarbeitsentgelt _____ € egyszeri bevételek/einmalige Einnahmen
(pl. 13. havi fizetés, szabadság idejére járó juttatás) nem/nein igen/ja _____ €

A cégben (társaságban) érdekeltségem van / a munkaadóval rokonságban / sógorságban állok. /Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.

További/Ich übe

- foglalkozásom van/
eine weitere Beschäftigung aus emellett önálló tevékenységet végzek/
nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus Első alkalommal vállalkozás munkát/
Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

Tanulmányokat folytatok/Ich studiere

- jelenleg a(z)/zurzeit im _____ szakszemeszterben/Fachsemester duális képzés keretében /im Rahmen eines dualen Studiums nem/nein igen/ja
- Tanulmányaim mellett dolgozom/Ich bin neben meinem Studium beschäftigt nem/nein igen/ja
- Tanulmányaim mellett önálló tevékenységet végzek/Ich bin neben meinem Studium
selbstständig tätig nem/nein igen/ja A heti munkaidő mértéke/
die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ óra/
Stunden

- Nyugdíjkérelmet nyújtottam be/
Ich habe einen Rentenantrag gestellt am _____ dátummal Nyugdíjat kapok ettől az időponttól kezdve/óta/Ich beziehe Rente ab/seit _____
- Nyugellátási juttatásokat kapok (pl. vállalati nyugdíj/öregségi nyugdíj), ill. nyugellátást kérelmeztem (Kérjük, adott esetben mellékelje a határozatot!./
Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen).
- Juttatásokat kapok egy ellátásról szóló törvény szerint./Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz.

Felmentésemet kérem az alábbiak alól/Ich habe mich befreien lassen von der (Kérjük, adott esetben mellékelje a határozatot)

- Betegbiztosítási kötelezettség /Krankenversicherungspflicht Nyugdíjbiztosítási kötelezettség/Rentenversicherungspflicht Ápolási biztosítási kötelezettség/
Pflegeversicherungspflicht
- Részemre a családi biztosítási jogosultság megszűnt/kizárt./Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen.

Adatok az előző biztosításhoz/Angaben zur Vorversicherung

z elmúlt 18 hónapban biztosítással rendelkeztem/
Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei

A betegbiztosítási pénztár neve és székhelye/Name und Ort der Krankenkasse

Kötelezően biztosítottként/
pflichtversichert Önkéntes biztosítottként/
freiwillig versichert

Családi jogon biztosítottként/
familienversichert über A fő biztosított neve/Name des Hauptversicherten

Magánbiztosítottként/privat versichert

Külföldi tartózkodás/Auslandsaufenthalt

**Kérjük az eddigi betegbiztosítási pénztár
felmondási igazolását mellékelni.**

Szülei minőség megállapítása/Feststellung der Elterneigenschaft

Van Önnek gyermeke (mostoha-, örökbefogadott vagy nevelt gyermek is)?/

Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?

nem/nein igen/ja (Kérjük az igazolást mellékelni)

Hozzá tartozók adatai/Angaben zu Angehörigen

Van olyan hozzátartozóm (házastárs/gyermek), aki járulégmentesen társbiztosítottként
biztosítandó./Ich habe Angehörige (Ehegatte(-in) / Kinder), die beitragsfrei
mitversichert werden sollen.

Ájánljon bennünket másoknak is - hívjon fel minket telefonon./Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

Dátum, aláírás/Datum, Unterschrift

* önkéntes adatok/* freiwillige Angaben

Személyes adataira (szociális adataira) azért van szükségünk, hogy feladatainkat az Ön számára megfelelően végezhessük. Ennek alapja az V. Társadalombiztosítási Törvénykönyv (SGB V) 284. §-a, az SGB V 206. §-ával összefüggésben, vagy SGB IV 28. § o) és SGB XI 94. § az SGB XI 50. §-ával összefüggésben. Készséggel tájékoztatjuk Önt adatai védelmének módjáról.