

Tak, chcę zostać członkiem DAK
Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

od/ab

Proszę odesłać do:

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

DAK
Gesundheit

Dane osobowe/Persönliche Angaben

Pani/Frau Pan/Herr

Nazwisko/Name	Imię/Vorname	Data urodzenia/ Geburtsdatum	Telefon/Tel. komórkowy*/Telefon/Handy*
Ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość/Straße/Nr./PLZ/Ort			
Nr ubezpieczenia rentowo-emerytalnego/RV-Nr.	Nr ubezpieczenia zdrowotnego/KV-Nr.	E-mail*/E-Mail*	

Należy wypełnić tylko w przypadku, jeżeli nie został jeszcze wydany nr ubezpieczenia rentowo-emerytalnego

Nazwisko rodowe/Geburtsname	Miejsce urodzenia/Geburtsort	Obywatelstwo/Staatsangehörigkeit	Kraj urodzenia/Geburtsland
-----------------------------	------------------------------	----------------------------------	----------------------------

Dane do weryfikacji ubezpieczenia w DAK-Gesundheit/Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

Jestem/lch bin

- pracownikiem/Arbeitnehmer(in) uczniem uczącym się zawodu/Auszubildende(r) bezrobotny/arbeitslos (proszę dołączyć decyzję)
- główne źródło moich dochodów stanowi działalność na zasadzie samozatrudnienia/hauptberuflich selbstständig studentem/Student(in) (proszę dołączyć zaświadczenie o wpisie na listę studentów) emerytem (renciistą)/ubiegam się o emeryturę lub rentę/ Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (jeżeli dotyczy, proszę dołączyć decyzję o emeryturze lub rencie)
- _____ (np. urzędnikiem, gospodynią domową, niepełnosprawnym, dzieckiem)

Data rozpoczęcia zatrudnienia/studiów/
Beschäftigungs-/Studienbeginn

Pracodawca/Szkoła wyższa/Arbeitgeber/Hochschule

Nazwa/Name	Adres/Anschrift
------------	-----------------

- miesięczne wynagrodzenie brutto/ Monatl. Bruttoarbeitsentgelt _____ euro dochody jednorazowe/Einmalige Einnahmen _____ euro (np. 13 pensja, świadczenie urlopowe) nie/Nein tak/Ja _____ euro

Posiadam udziały w firmie (spółce)/jestem spokrewniony/spowinowacony z pracodawcą/lch bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert

Ponadto/lch übe

- posiadam dodatkowe zatrudnienie/ eine weitere Beschäftigung aus prowadzę dodatkowo działalność na zasadzie samozatrudnienia/ nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus podejmuję pracę po raz pierwszy/ Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

Studiuje/lch studiere

- obecnie na/zurzeit im _____ semestrze/Fachsemester w ramach studiów dualnych/im Rahmen eines dualen Studiums nie/Nein tak/Ja
- oraz dodatkowo pracuję/lch bin neben meinem Studium beschäftigt nie/Nein tak/Ja tygodniowy czas pracy wynosi/ Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ godzin/ Stunden
- oraz dodatkowo prowadzę działalność na zasadzie samozatrudnienia/ lch bin neben meinem Studium selbstständig tätig nie/Nein tak/Ja

Złożyłem wniosek o emeryturę dnia/lch habe einen Rentenantrag gestellt am _____ Otrzymuję emeryturę od dnia/ lch beziehe Rente ab/seit _____

Otrzymuję świadczenia emerytalno-rentowe (np. rentę zakładową/emeryturę) lub złożyłem wniosek o świadczenia emerytalno-rentowe (jeżeli dotyczy, proszę dołączyć decyzję)/ lch erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (bitte ggf. Bescheid beifügen)

Otrzymuję świadczenia z tytułu ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym/lch erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz

Jestem zwolniony z/lch habe mich befreien lassen von der (jeżeli dotyczy, proszę dołączyć decyzję)

- obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego/ Krankenversicherungspflicht obowiązku ubezpieczenia emerytalno-rentowego/ Rentenversicherungspflicht obowiązku ubezpieczenia pielęgnacyjnego/ Pflegeversicherungspflicht
- Moje prawo do świadczeń z ubezpieczenia rodzinnego wygasło/nie przysługuje mi./Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen.

Dane dotyczące poprzedniego ubezpieczenia/Angaben zur Vorversicherung

Ostatnio/ Ich war zuletzt _____ od/vom _____ do/bis _____ byłem ubezpieczony w/ bei der _____ Nazwa, miejscowość kasy chorych/Name und Ort der Krankenkasse

- w ramach ubezpieczenia obowiązkowego/ pflichtversichert w ramach ubezpieczenia dobrowolnego/ freiwillig versichert w ramach ubezpieczenia rodzinnego, przez/ familienversichert über w ramach ubezpieczenia prywatnego/ privat versichert pobyt za granicą/Auslandsaufenthalt
- Proszę dołączyć potwierdzenie wypowiedzenia umowy z dotychczasową kasą chorych
- Nazwisko głównego ubezpieczonego/Name des Hauptversicherten _____

Ustalenie rodzicielstwa/Feststellung der Elterneigenschaft

Czy ma Pan/i dzieci (również dzieci małżonka, dzieci adoptowane ub dzieci jako radzic zastępczy)?/
Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?

nie/Nein tak/Ja (proszę dołączyć zaświadczenie)

Dane dot. członków rodziny/Angaben zu Angehörigen

Do ubezpieczenia wraz ze mną chcę zgłosić, bez ponoszenia dodatkowych kosztów, członków rodziny (męża/żonę/dzieci)./Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

Poleć nas innym – zadzwoni./Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

*dane dobrowolne

Data, podpis/Datum, Unterschrift

Do poprawnego wykonania naszych zadań wobec Państwa, potrzebne są nam Państwa dane (dane socjalne). Podstawa prawna: § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V; niemiecki Kodeks Socjalny, tom piąty), w połączeniu z § 206 SGB V lub § 28 o SGB IV i § 94 SGB XI w połączeniu z § 50 SGB XI. Chętnie udzielimy Państwu informacji, w jaki sposób chronione są Państwa dane.



Jest wiele powodów, dla których jesteście szanowani jako kasa chorych.

Jeśli nie jesteście jeszcze członkiem DAK-Gesundheit, to stań się nim teraz i wybierz kasę chorych, która oferuje Ci więcej – **patrząc w przyszłość Twojego zdrowia:**

Najlepsze świadczenia

- aby pozostać zdrowym, np. nasz coaching online
- aby powrócić do zdrowia, np. sieć lekarzy specjalistów



Najlepsze usługi

- np. nasze infolinie dot. pediatrii i medycyny sportowej **dostępne 24 godzinny na dobę**



Najlepsze programy bonusowe

- np. z cennymi **nagrodami** za zdrowy, aktywny tryb życia
- np. **DAK juniorAktivBonus** z okazałą premią gotówkową za zdrowe dorastanie dziecka



Więcej na temat wysokiej jakości usług świadczonych przez DAK-Gesundheit w Twoim centrum usług pod numerem telefonu **0621 5490-1963** lub na stronie **www.dak.de**

DAK
Gesundheit