

Jednostavan način da postanete član:

- 1 Napravite ispis zahteva za članstvo.
- 2 Unesite svoje lične podatke i potpišite formular.
- 3 Popunjeni zahtev za članstvo pošaljite

poštom na adresu:



DAK-Gesundheit
SC Vertrieb
78244 Gottmadingen

(Poštarinu preuzima DAK-Gesundheit za Vas)

ili faksom na broj:



07731 90958 7000

ili e-mailom na adresu:



aufnahme@dak.de

- 4 Odmah ćete dobiti potvrdu o članstvu i svoju novu kartu osiguranika kod DAK-Gesundheit.
- 5 Gotovo! Sada možete da koristite odlične prednosti koje nudi DAK-Gesundheit.

DAK
Gesundheit



Porto
zahlt
Empfänger

Antwort

DAK-Gesundheit
SC Vertrieb
78244 Gottmadingen

Ja biram članstvo u DAK-Gesundheit/Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

od/ab _____

Lični podaci/Persönliche Angaben

Gospođa/Frau Gospodin/Herr

Prezime, ime/Name, Vorname		Datum rođenja/Geburtsdatum	Telefon/mobilni telefon */Telefon/Handy *
Adresa/Anschrift			e-mail */E-Mail *
Broj penzionog osiguranja/Rentenversicherungsnummer		Broj zdravstvenog osiguranja/Krankenversicherer-Nr.	
Ispuniti samo u slučaju ako još ne postoji broj penzionog osiguranja/nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt			
Prezime pri rođenju/Geburtsname	Mesto rođenja/Geburtsort	Državljanstvo/Staatsangehörigkeit	Zemlja rođenja/Geburtsland

Podaci za ispitivanje osiguranja kod DAK-Gesundheit/Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

Ja sam/Ich bin

- Radnik(ca)/Arbeitnehmer(in) Šegrt/Auszubildende(r) bez posla/arbeitslos (Molimo Vas da priložite rešenje)
- Kao glavno zanimanje samostalan(na)/hauptberuflich selbstständig Student(kinja)/Student(in) Pensioner(ka)/Podnosilac(teljka) za penziju/Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (Molimo Vas da priložite uverenje o upisu) (Molimo Vas da u datom slučaju priložite rešenje o penziji)
- _____ (npr. činovnik, domaćica, teško hendikepirano lice, dete)

Početak zaposlenja/studija/ Beschäftigungs-/Studienbeginn	Poslodavac/Visoka škola/Arbeitgeber/Hochschule	Adresa/Anschrift
Naziv/Name		

Mesečna bruto zarada/monatl. Bruttoarbeitsentgelt _____ Evro Jednokratna primanja/einmalige Einnahmen (npr. 13. Mesečna plata, novac za godišnji odmor) Ne/nein Da/ja _____ Evro

Ja imam udele u firmi (društvu)/s poslodavcem sam u srodstvu/u rodu ženidbom/udajom/Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.

Ja se bavim/Ich übe

- jednim daljim zaposlenjem/eine weitere Beschäftigung aus pored toga samostalnom delatnošću/nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus Prvi put se zapošljam/Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

Ja studiram/Ich studiere

- u/za sada u/zurzeit im _____ semestru/stručnom semestru/Fachsemester u okviru dualnih studija/im Rahmen eines dualen Studiums Ne/nein Da/ja
- Ja sam pored svojih studija zaposlen(a)/Ich bin neben meinem Studium beschäftigt Ne/nein Da/ja
- Ja sam pored svojih studija samostalni delatnik/Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig Ne/nein Da/ja Nedeljno radno vreme iznosi/die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ sati/_____ Stunden
- Ja sam podneo(la) zahtev za penziju/Ich habe einen Rentenantrag gestellt am _____ Ja dobijam penziju od/Ich beziehe Rente ab/seit _____
- Ja dobijam plaćanja iz fonda za zbrinjavanje (npr. renta iz preduzeća/penzija) odn. podneo(la) sam zahtev za plaćanja iz fonda za zbrinjavanje (Molimo Vas da u datom slučaju priložite rešenje)/Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen).
- Ja dobijam davanja po Zakonu o zbrinjavanju/Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz.

Ja sam dao(la) da me oslobode od/Ich habe mich befreien lassen von der (Molimo Vas da u datom slučaju priložite rešenje)

- Obaveze zdravstvenog osiguranja/Krankenversicherungspflicht Obaveze osiguranja za negu/Rentenversicherungspflicht Obaveze penzionog osiguranja/Pflegeversicherungspflicht
- Za mene je pravo na porodično osiguranje ugašeno/isključeno/Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen.

Podaci o prethodnom osiguranju/Angaben zur Vorversicherung

Ja sam u poslednjih 18 meseci bio(la) osiguran(a) kod/ Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei _____ Naziv i mesto zdravstvene kase/Name und Ort der Krankenkasse

<input type="checkbox"/> Obavezno osiguran(a)/pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Dobrovoljno osiguran(a)/freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Porodično osiguran(a) preko/familienversichert über	Name of the principle person insured/Name des Hauptversicherten
		<input type="checkbox"/> Privatno osiguran(a)/privat versichert	
		<input type="checkbox"/> Boravak u inostranstvu/Auslandsaufenthalt	

Molimo Vas priložite potvrdu o otkazivanju dosadašnje zdravstvene kase.

Utvrđivanje roditeljstva/Feststellung der Elterneigenschaft

Imate li dete (takode i pastorče, adoptirano dete ili hranjenika)?/ Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?

Ne/nein Da/ja (Molimo Vas da priložite dokaz)

Podaci o pripadnicima porodice/Angaben zu Angehörigen

Ja imam pripadnike porodice (suprug/supruga/deca), koji treba da budu bez doprinosa saosigurani/Ich habe Angehörige (Ehegatte(-in) / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Preporučite nas rado dalje – pozovite nas/Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

Datum, potpis/Datum, Unterschrift

* Dobrovoljni podaci/* freiwillige Angaben

Vaši lični podaci (socijalni podaci) su nam potrebni, da bi mi naše zadatke za Vas tačno obavili. Osnova za to je § 284 Socijalnog zakonika V (SGB V) u vezi sa § 206 SGB V ili § 28 o SGB IV i § 94 SGB XI u vezi sa § 50 SGB XI. Informisaćemo Vas rado, kako mi štitimo Vaše podatke.

Primerak za podnosioca(teljku) zahteva

Ja biram članstvo u DAK-Gesundheit/Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

od/ab _____

Lični podaci/Persönliche Angaben

Gospođa/Frau Gospodin/Herr

Prezime, ime/Name, Vorname		Datum rođenja/Geburtsdatum	Telefon/mobilni telefon */Telefon/Handy *
Adresa/Anschrift		e-mail */E-Mail *	
Broj penzionog osiguranja/Rentenversicherungsnummer	Broj zdravstvenog osiguranja/Krankenversicherer-Nr.		
Ispuniti samo u slučaju ako još ne postoji broj penzionog osiguranja/nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt			
Prezime pri rođenju/Geburtsname	Mesto rođenja/Geburtsort	Državljanstvo/Staatsangehörigkeit	Zemlja rođenja/Geburtsland

Podaci za ispitivanje osiguranja kod DAK-Gesundheit/Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

Ja sam/Ich bin

- Radnik(ca)/Arbeitnehmer(in) Šegrt/Auszubildende(r) bez posla/arbeitslos (Molimo Vas da priložite rešenje)
- Kao glavno zanimanje samostalan(na)/hauptberuflich selbstständig Student(kinja)/Student(in) (Molimo Vas da priložite uverenje o upisu) Pensioner(ka)/Podnosilac(teljka) zahteva za penziju/Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (Molimo Vas da u datom slučaju priložite rešenje o penziji)
- _____ (npr. činovnik, domaćica, teško hendikepirano lice, dete)

Početak zaposlenja/studija/ Beschäftigungs-/Studienbeginn	Poslodavac/Visoka škola/Arbeitgeber/Hochschule	Adresa/Anschrift
Naziv/Name		

- Mesečna bruto zarada/
monatl. Bruttoarbeitsentgelt _____ Evro Jednokratna primanja/einmalige Einnahmen (npr. 13. Mesečna plata, novac za godišnji odmor) Ne/nein Da/ja _____ Evro
- Ja imam udele u firmi (društvu)/s poslodavcem sam u srodstvu/u rodu ženidbom/udajom/Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.

Ja se bavim/Ich übe

- jednim daljim zaposlenjem/
eine weitere Beschäftigung aus pored toga samostalnom delatnošću/
nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus Prvi put se zapošljavam/
Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

Ja studiram/Ich studiere

- u/za sada u/zurzeit im _____ semestru/stručnom semestru/Fachsemester u okviru dualnih studija/im Rahmen eines dualen Studiums Ne/nein Da/ja
- Ja sam pored svojih studija zaposlen(a)/Ich bin neben meinem Studium beschäftigt Ne/nein Da/ja
- Ja sam pored svojih studija samostalni delatnik/Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig Ne/nein Da/ja Nedeljno radno vreme iznosi/
die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ sati/
_____ Stunden
- Ja sam podneo(la) zahtev za penziju/Ich habe einen Rentenantrag gestellt am _____ Ja dobijam penziju od/Ich beziehe Rente ab/seit _____
- Ja dobijam plaćanja iz fonda za zbrinjavanje (npr. renta iz preduzeća/penzija) odn. podneo(la) sam zahtev za plaćanja iz fonda za zbrinjavanje (Molimo Vas da u datom slučaju priložite rešenje!)
- Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen).
- Ja dobijam davanja po Zakonu o zbrinjavanju/Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz.

Ja sam dao(la) da me oslobode od/Ich habe mich befreien lassen von der (Molimo Vas da u datom slučaju priložite rešenje)

- Obaveze zdravstvenog osiguranja/Krankenversicherungspflicht Obaveze osiguranja za negu/Rentenversicherungspflicht Obaveze penzionog osiguranja/
Pflegeversicherungspflicht
- Za mene je pravo na porodično osiguranje ugašeno/isključeno/Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen.

Podaci o prethodnom osiguranju/Angaben zur Vorversicherung

Ja sam u poslednjih 18 meseci bio(la) osiguran(a) kod/
Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei _____ Naziv i mesto zdravstvene kase/Name und Ort der Krankenkasse

<input type="checkbox"/> Obavezno osiguran(a)/ pflichtversichert <input type="checkbox"/> Dobrovoljno osiguran(a)/ freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Porodično osiguran(a) preko/ familienversichert über _____ Name of the principle person insured/Name des Hauptversicherten
<input type="checkbox"/> Privatno osiguran(a)/privat versichert	
<input type="checkbox"/> Boravak u inostranstvu/Auslandsaufenthalt	

Utvrđivanje roditeljstva/Feststellung der Elterneigenschaft

Imate li dete (takode i pastorče, adoptirano dete ili hranjenika)?/
Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?

Ne/nein Da/ja (Molimo Vas da priložite dokaz)

Podasci o pripadnicima porodice/Angaben zu Angehörigen

Ja imam pripadnike porodice (suprug/supruga/deca), koji treba da budu bez doprinosa
saosigurani/Ich habe Angehörige (Ehegatte(-in) / Kinder), die beitragsfrei
mitversichert werden sollen.

Preporučite nas rado dalje – pozovite nas/Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

Datum, potpis/Datum, Unterschrift

* Dobrovoljni podaci/* freiwillige Angaben

Vaši lični podaci (socijalni podaci) su nam potrebni, da bi mi naše zadatke za Vas tačno obavili. Osnova za to je § 284 Socijalnog zakonika V (SGB V) u vezi sa § 206 SGB V ili § 28 o SGB IV i § 94 SGB XI u vezi sa § 50 SGB XI. Informisaćemo Vas rado, kako mi štitimo Vaše podatke.