

Wybieram członkostwo w DAK-Gesundheit /  
Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

Założycielski Wrocław  
Gründungsort Breslau



od / ab

### Dane osobowe / Persönliche Angaben

Pani/Frau  Pan/Herr

Nazwisko, Imię / Name, Vorname \_\_\_\_\_ Data urodzenia / Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon / tel. komórkowy\* / Telefon / Handy \_\_\_\_\_

Adres / Anschrift \_\_\_\_\_ e-mail\* \_\_\_\_\_

Nr ubezpieczenia rentowo-emerytalnego / Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_ Nr ubezpieczenia zdrowotnego / Krankenversicherer-Nr. \_\_\_\_\_

Wypełnić, jeśli nie został jeszcze wydany nr ubezpieczenia rentowo-emerytalnego / Nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt

Nazwisko panięskie / Geburtsname \_\_\_\_\_ Miejsca urodzenia / Geburtsort \_\_\_\_\_ Obywatelstwo / Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Kraj urodzenia / Geburtsland \_\_\_\_\_

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

#### Jestem / Ich bin

- pracownicą/-czynią / Arbeitnehmer(in)  odbywam praktyki zawodowe / Auszubildende(r)  bezrobotny/-a / arbeitslos  
(proszę dołączyć decyzję)  
 głównie samozatrudniony/-a / hauptberuflich selbstständig  student/-ka / Student(in)  
(proszę dołączyć zaświadczenie o immatrikulacji)  
 \_\_\_\_\_ (np. urzędnik, gospodyni domowa, inwalida, dziecko)  rencista/-tka / wnioskodawca/-czyni o rentę /  
Rentner(in) / Rentenantragsteller(in) /  
(jeśli dotyczy, proszę dołączyć decyzję o rencie/emeryturze)

Początek zatrudnienia/studiów \_\_\_\_\_ pracodawca / szkoła wyższa / Arbeitgeber / Hochschule  
Nazwa / Name \_\_\_\_\_ Adres / Anschrift \_\_\_\_\_

Miesięczne wynagrodzenie brutto / Monatl. Bruttoarbeitsentgelt \_\_\_\_\_ Euro  Jednorazowa dochody / Einmalige Einnahmen  
(np. 13. pensja, dodatek urlopowy)  Nie / Nein  Tak / Ja \_\_\_\_\_ Euro

Mam udziały w firmie (spółce) / jestem spokrewniona/-y / spowinowacona/-y z pracodawcą /  
Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt / mit dem Arbeitgeber verwandt / verschwägert.

#### Dodatkowo / Ich übe

- jestem zatrudniony/-a / eine weitere Beschäftigung aus  samozatrudniony/-a /  
nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus  Po raz pierwszy podejmuję pracę /  
Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

#### Studiuje / Ich studiere

- obecnie w / zurzeit im \_\_\_\_\_ liczbę semestrów / Fachsemester  
 w ramach dualnego studium / im Rahmen eines dualen Studiums  Nie / Nein  Tak / Ja  
 W dodatku do moich studiów jestem zatrudniony/-a / Ich bin neben meinem Studium beschäftigt  Nie / Nein  Tak / Ja  
 W dodatku do moich studiów pracuję na własny rachunek / Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig  Nie / Nein  Tak / Ja  tygodniowy czas pracy wynosi /  
Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ godzin(y) / Stunden

- Postawiłam/em wniosek o rentę (emeryturę) dnia / Ich habe einen Rentenantrag gestellt am \_\_\_\_\_  Otrzymuję rentę od /  
Ich beziehe Rente ab/seit \_\_\_\_\_  
 Otrzymuję świadczenia emerytalne (np. rentę zakładową/emeryturę) wzgl. postawiłam/-am wniosek o świadczenia rentę/emeryturę (jeśli dotyczy, proszę dołączyć decyzję) /  
Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen)  
 Otrzymuję świadczenia z tytułu ustawy o rentach i emeryturach / Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz

#### Jestem zwolniony/-a z / Ich habe mich befreien lassen von der (proszę dołączyć decyzję)

- obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego / Krankenversicherungspflicht  obowiązku ubezpieczenia pielęgnacyjnego / Pflegeversicherungspflicht  
 obowiązku ubezpieczenia emerytalno-rentowego / Rentenversicherungspflicht  Dla mnie wygasło / jest wykluczone prawo do świadczeń z ubezpieczenia rodzinnego /  
Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen / ausgeschlossen

### Details of previous insurance/Dane dot. poprzedniego ubezpieczenia

Podczas ostatnich 18 miesięcy byłam/-am ubezpieczony/-a w / Nazwa i miejscowość kasy chorych / Name und Ort der Krankenkasse  
Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei \_\_\_\_\_

Ubezp. obowiązkowe / Pflichtversichert  Ubezp. dobrowolne / Freiwillig versichert

Proszę dołączyć potwierdzenie o wypowiedzeniu dotychczasowej kasy chorych w. / Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse bei.

Ubezp. rodzinne / Familienversichert über \_\_\_\_\_

Ubezp. prywatne / Privat versichert  Pobyt za granicą / Auslandsaufenthalt

### Ustalenie rodzicielstwa / Feststellung der Elterneigenschaft

Czy ma Pan/i dziecko (także pasierb/ica, dziecko adoptowane lub dziecko przybrane)? /  
Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?

Nie / Nein  Tak / Ja (proszę dołączyć dowód)

### Dane dot. członków rodziny / Angaben zu Angehörigen

Mam członków rodziny (mąż / żona / dzieci), którzy mają być ubezpieczeni  
bezkładkowo / Ich habe Angehörige (Ehegatte / Ehegattin / Kinder),  
die beitragsfrei mitversichert werden sollen

Proszę nas dalej polecić - proszę do nas zadzwonić / Empfehlen Sie uns gerne weiter - rufen Sie uns an

\* Dobrowolne informacje / Freiwillige Angaben

Państwa dane (dane socjalne) są nam potrzebne, abyśmy mogli spełnić zadania dla Państwa w poprawny sposób. Podstawą tego jest § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V, niemiecki Kodeks Prawa Socjalnego, tom piąty), w połączeniu z § 216 SGB V lub § 24 a SGB IV i § 94 SGB XI w połączeniu z § 50 SGB XI. Chętnie poinformujemy Państwa, w jaki sposób Państwa dane są chronione.

Data, podpis / Datum, Unterschrift

Do użytku  
wewnętrznego DAK.