

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



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 / Krankenversicherten-Nr.		
Wypełnić, jeśli nie został jeszcze wydany nr ubezpieczenia rentowo-emerytalnego / Nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt			
Nazwisko panieńskie / Geburtsname	Miejsce 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

- pracobiorcą/-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 immatrykulacji)
- _____ (np. urzędnik, gospodyni domowa, inwalida, dziecko) rencista/-tka / wnioskodawca/-czyni o rentę / Rentner(in) / Renten Antragsteller(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 Jednorazowe dochody / Einmalige Einnahmen (np. 13. pensja, dodatek urlopowy) Nie / Nein Tak / Ja _____ Euro

Mam udział 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

Studuję / 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 byłem/-am ubezpieczony/-a w / Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei _____ Nazwa i miejscowość kasy chorych / Name und Ort der Krankenkasse

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 bezskładkowo / 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 § 206 SGB V lub § 28 o 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. _____

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



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 / Krankenversicherten-Nr.		
Wypełnić, jeśli nie został jeszcze wydany nr ubezpieczenia rentowo-emerytalnego / Nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt			
Nazwisko panieńskie / Geburtsname	Miejsce 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

- pracobiorcą/-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 immatrykulacji)
- _____ (np. urzędnik, gospodyni domowa, inwalida, dziecko) rencista/-tka / wnioskodawca/-czyni o rentę / Rentner(in) / Renten Antragsteller(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 Jednorazowe 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

Studuję / 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 byłem/-am ubezpieczony/-a w / Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei _____ Nazwa i miejscowość kasy chorych / Name und Ort der Krankenkasse

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 bezskładkowo / 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 § 206 SGB V lub § 28 o 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. _____