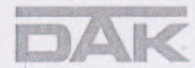


Wybieram przynależność do DAK
od dnia:

Volker Hackert



Unternehmen Leben

Vertriebsmanager
10179 Berlin, Brückenstr. 5 A
Telefon 030 9928907-1926
Fax: 040 33470 173544
Mobil 0173 290 17 66
E-Mail: volker.hackert@dak.de

W przypadku zmiany adresu Poczta Niemiecka SA może przekazać DAK mój nowy adres.

(Bei Adressänderungen darf die Post die neue Anschrift an die DAK weiterleiten)

(Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK ab)
Pobieranie Państwa danych osobowych (dane społeczne) jest wymagane w celu zawarcia przez Państwa ubezpieczenia zdrowotnego oraz pielęgnacyjnego. Podstawą prawną jest §§ 284 i 206 niemieckiego Kodeksu Społecznego (SGB) - księga piąta, jak również §§ 94 i 50 SGB-księga piąta, jak również §§ 94 oraz 50 SGB-księga jedenasta w nawiązaniu do § 21 SGB-księga dziesiąta. (Erklärung zur Datenerhebung nach SGB)

Imię, Nazwisko (Name, Vorname)		Data urodzenia (Geburtsdatum)	Płeć (Geschlecht) <input type="checkbox"/> kobieta- (weiblich) <input type="checkbox"/> mężczyzna- (männlich)
Ulica, Numer domu (Straße, Hausnummer)		Kod pocztowy, Miejscowość (Postleitzahl, Ort)	
dodatkowe dane adresowe (Zusatz zur Anschrift)		Telefon (dobrowolna informacja) (Telefon - Angabe ist freiwillig)	
Numer ubezpieczenia zdrowotnego (Krankenversicherungsnummer)	Numer ubezpieczenia emerytalnego (Rentenversicherungsnummer)	Miejsce i kraj urodzenia (Geburtsort und -land)	Nazwisko panięskie (Geburtsname)

Dane banku (dobrowolna informacja) (Bankverbindung - Angabe ist freiwillig)

Numer konta bankowego (Kontonummer)	Kod banku (Bankleitzahl)	Nazwa instytucji finansowej oraz miejscowość (Kreditinstitut)
-------------------------------------	--------------------------	---

Jestem objęty obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym
(Ich bin krankenversicherungspflichtig)

Pracuję po raz pierwszy w Niemczech
(Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf)

Jestem zatrudniony: (Ich bin beschäftigt)

Od dnia: (seit)	Imię, Nazwisko (Nazwa firmy), Adres pracodawcy: (Name, Anschrift des Arbeitgebers)
Wykonywany zawód: (als - Tätigkeit)	

Wynagrodzenie miesięczne brutto (monatliches Bruttoarbeitsentgelt)	€	Z tego dodatki rodzinne (davon Zuschläge mit Rücksicht auf den Familienstand)	€
--	---	---	---

Otrzymałem jednorazowe pobory (np. trzynastka, urlopowe) (einmalige Einnahmen z.B. 13. Monatsgehalt, Urlaubsgeld)	<input type="checkbox"/> nie (nein) <input type="checkbox"/> tak (ja)	€
Jestem spokrewniony z pracodawcą (małżeństwo, powinowactwo) (mit dem Arbeitgeber verwandt, verschwägert oder verheiratet)	<input type="checkbox"/> nie (nein) <input type="checkbox"/> tak, stopień pokrewieństwa: (ja, wie)	
Posiadam udziały w firmie (spółce) (an der Firma - Gesellschaft beteiligt)	<input type="checkbox"/> nie (nein) <input type="checkbox"/> tak, w jakiej: (ja, wie)	
Oprócz tego jestem zatrudniony także w innym miejscu (Ich übe daneben eine weitere Beschäftigung aus)	<input type="checkbox"/> nie (nein) <input type="checkbox"/> tak (ja)	
Ponadto, jestem prywatnym przedsiębiorcą (Ich übe daneben eine selbstständige Tätigkeit aus)	<input type="checkbox"/> nie (nein) <input type="checkbox"/> tak (ja)	

Poprzednie ubezpieczenie zdrowotne (bisherige Krankenversicherung)	w Niemczech (in Deutschland) <input type="checkbox"/> nie (nein) <input type="checkbox"/> tak, ubezpieczyciel: (ja, bei)	
	w Polsce (in Polen) <input type="checkbox"/> nie (nein) <input type="checkbox"/> tak, ubezpieczyciel: (ja, bei)	

Otrzymuję emeryturę (Ich beziehe Rente)	<input type="checkbox"/> nie (nein) <input type="checkbox"/> tak (ja)	Złożyłem wniosek o emeryturę (Ich habe einen Rentenanspruch gestellt)	<input type="checkbox"/> nie (nein) <input type="checkbox"/> tak (ja)
---	---	---	---

Otrzymuję świadczenia podobne do emerytury (świadczenia emerytalne, takie jak np. emerytura zakładowa) (Ich beziehe rentenvergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge z.B. Betriebsrenten, Pensionen))	<input type="checkbox"/> nie (nein) <input type="checkbox"/> tak (ja)
---	---

Korzystam ze świadczeń według ustawy o opiece zdrowotnej (Ich beziehe Leistungen nach einem Versorgungsgesetz)	<input type="checkbox"/> nie (nein) <input type="checkbox"/> tak (ja)	Złożyłem wniosek o świadczenia według ustawy o opiece zdrowotnej (Ich habe einen Leistungsanspruch nach dem Versorgungsgesetz gestellt)	<input type="checkbox"/> nie (nein) <input type="checkbox"/> tak (ja)
--	---	---	---

Złożyłem wniosek o zwolnienie z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego / ubezpieczenia emerytalno-rentowego (Ich habe mich auf Antrag von der Kranken-/Rentenversicherungspflicht befreien lassen)	<input type="checkbox"/> nie (nein) <input type="checkbox"/> tak (ja)
---	---

Posiadam członków rodziny, którzy nie są ubezpieczeni w ustawowej kasie chorych i powinni zostać objęci ubezpieczeniem rodzinnym w DAK (Ich habe Angehörige, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und bei der DAK familienversichert werden sollen)	<input type="checkbox"/> nie (nein) <input type="checkbox"/> tak (ja)
---	---

Data, Podpis
(Datum, Unterschrift)