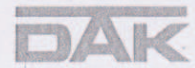


Wybieram przynależność do DAK  
od dnia: \_\_\_\_\_

Volker Hackert

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



Unternehmen Leben

(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)

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)

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

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

Numer konta bankowego <small>(Kontonummer)</small> _____	Kod banku <small>(Bankleitzahl)</small> _____	Nazwa instytucji finansowej oraz miejscowość <small>(Kreditinstitut)</small> _____
---	--	---

Jestem objęty obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym  
(Ich bin krankenversicherungspflichtig)  
Jestem zatrudniony: (Ich bin beschäftigt)

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

**Zaznaczamy odpowiednie**

Od dnia: <small>(seit)</small> _____	Imię, Nazwisko (Nazwa firmy), Adres pracodawcy: <small>(Name, Anschrift des Arbeitgebers)</small> <b>Nazwa i adres pracodawcy</b> (dane z umowy pośrednictwa pracy - w paragrafie §1 )
Wykonywany zawód: <small>(als - Tätigkeit)</small> <b>Stanowisko</b>	

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

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

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

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

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

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

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

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

Data, Czytelny Podpis

Data, Podpis  
(Datum, Unterschrift)