

Šalje: Absender:
Prezime: Name:
Ime: Vorname:
Ulica, Kućni broj: Straße, Haus-Nr.:
Poštanski broj: PLZ:
Mesto: Ort:

AOK – Die Gesundheitskasse
AOK Rheinland/Hamburg

Elke Böckem
Heisterbachherhofstr. 4
53111 Bonn
GERMANY

AOK – Die Gesundheitskasse

elke.boeckem@rh.aok.de
Fax 0228 / 5 11 24 79

Odgovor

Poštovani,

u prilogu se nalazi moj ispunjeni i
potpisani zahtev za članstvo u
AOK-u.

Ako je primenjivo:
Potvrdu o otkazivanju mog dosadašnjeg
osiguranja dobićete
odmah po prijemu ovog pisma.

S poštovanjem,

Potpis člana

Unterschrift Mitglied

Prilog:
– obrazac „Moj izbor: AOK – Die Gesundheitskasse“»

Rückantwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie meinen ausgefüllten und
unterschrifteten Antrag auf Mitgliedschaft
bei der AOK.

Falls zutreffend:
Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen
Kasse erhalten Sie
umgehend nach Erhalt.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage:
- Formular „Meine Wahl: AOK – Die Gesundheitskasse“

Zahtev za članstvo

Kroatischer Antrag auf Mitgliedschaft



Upoznat/a sam sa svojim pravom biranja i odabrao/la sam AOK – Die Gesundheitskasse kao svoje buduće zdravstveno osiguranje. Podnosim zahtev za članstvo od

Ich bin über mein Wahlrecht informiert und habe die AOK - Die Gesundheitskasse als meine zukünftige Krankenkasse gewählt. Ich beantrage die Mitgliedschaft ab

POČETNI DATUM
STARTDATUM

i ovlašćujem AOK da na odgovarajući način obavesti mog poslodavca/telo koje je obavezno obavestiti te da izda potvrdu o članstvu skladno § 175 5. knjige Socijalnog zakona (§ 175 SGB V).

und beauftrage die AOK meinen Arbeitgeber / die zur Meldung verpflichtete Stelle entsprechend zu informieren und eine Mitgliedsbescheinigung nach § 175 SGB V auszustellen.

AOK Rheinland/Hamburg

Kancelarija Geschäftsstelle

Heisterbacherhofstr. 4

Ulica/Kućni broj Straße/Hausnummer

53111 Bonn

Pošanski broj/Mesto Postleitzahl/Ort

Elke Böckem

Vaša osoba za kontakt Ihr persönlicher Ansprechpartner

0228 / 5 11 24 79

Tel/faks Telefax

elke.boeckem@rh.aok.de

E-pošta E-Mail-Adresse

Lični podaci Persönliche Angaben

Titula Titel Prezime Nachname Ime Vorname muško männlich žensko weiblich

Ulica Straße Kućni broj Hausnummer Poštanski broj Postleitzahl Mesto Ort

Devojačko prezime Geburtsname Mesto rođenja Geburtsort Datum rođenja Geburtsdatum Državljanstvo Staatsangehörigkeit

Telefon Telefon E-pošta E-Mail-Adresse

Broj penzionog osiguranja Rentenversicherungs-Nummer (obavezno navesti za penzionere ili navesti jedinstveni broj zdravstvenog osiguranja). (bei Rentenbeziehern unbedingt angeben oder Bundeseinheitliche Krankenkassenversicherungsnummer)

Podaci o zaposlenju Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Zaposlen/a sam kao Ich bin beschäftigt als Ja sam samostalni radnik/ca Ich bin selbständig Ja sam naučnik/ca Ich bin Auszubildende(r)

Početak radnog odnosa Beschäftigungsbeginn

Ime poslodavca Name des Arbeitgebers

Pošanski broj Postleitzahl Mesto Ort Ulica Straße Kućni broj Hausnummer

Podaci o prethodnom osiguranju Angaben zum letzten Versicherungsverhältnis

U poslednjih 18 meseci nisam bio/la zdravstveno osiguran/a u Nemačkoj. Ich war in den letzten 18 Monaten nicht in Deutschland krankenkassenversichert:

U poslednjih 18 meseci bio/la sam zdravstveno osiguran/a u Nemačkoj kod: Ich war in den letzten 18 Monaten krankenkassenversichert bei:

Naziv fonda Name der Krankenkasse

obavezno osiguran/a pflichtversichert

Osiguran/a u sklopu porodičnog osiguranja kod: familienversichert bei

dobrovoljno osiguran/a Freiwillig versichert

Prezime / Datum rođenja Name / Geburtsdatum

Porodično osiguranje Familienversicherung

Imam izdržavane osobe (supružnik/dete) koje trebaju biti obuhvaćene osiguranjem, ali bez doprinosa. Ich habe Angehörige (Ehegatten, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

Pravila o zaštiti podataka: Prikupljanje podataka potrebno je za obavljanje naših poslova sukladno § 5 sq., 175 vezano za § 284 čl. 1 br. 1 Pete knjige Socijalnog zakonika (SGB V). Navođenje podataka o broju telefona i adresi e-pošte nije obavezno. Hinweis zum Datenschutz: Die Erhebung der Daten ist zur Erfüllung unserer Aufgaben gemäß der § 5 ff. 175 i.V.m. § 284 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) erforderlich. Die Angaben zur Telefonnummer und E-Mail Adresse sind freiwillig.

AOK mi je preporučio: Auf die AOK hat mich aufmerksam gemacht:

Prezime Name Adresa Anschrift

Mesto Ort Datum Datum Potpis člana Unterschrift Mitglied