

A főbiztosított adatai

Családi neve:

Utóneve:

Biztosítási száma:

3. A külföldön élő családtagok adatai (Kérem a megfelelőt jelölje be X-szel)					
		1. személy	2. személy	3. személy	4. személy
	Szüksége van egy igazolásra?	☐ igen, dátumtól ----- ☐ nem	☐ igen, dátumtól ----- ☐ nem	☐ igen, dátumtól ----- ☐ nem	☐ igen, dátumtól ----- ☐ nem
3.1	Családi neve:				
3.2	Utóneve:				
3.3	Nem (m = férfi, w = nő, x=nemmentes, d=nembináris):	☐ (m) ☐ (w) ☐ (x) ☐ (d)	☐ (m) ☐ (w) ☐ (x) ☐ (d)	☐ (m) ☐ (w) ☐ (x) ☐ (d)	☐ (m) ☐ (w) ☐ (x) ☐ (d)
3.4	Születési ideje:				
3.5	Születési neve: Születési helye: Születési ország:	----- ----- -----	----- ----- -----	----- ----- -----	----- ----- -----
3.6	Állampolgárság:				
3.7	Rokoni kapcsolat (nem kötelező megadni: férj/feleség: élettárs: gyermek: egyéb (kérjük megadni):	☐ ☐ ☐ ☐ -----	☐ ☐ ☐ ☐ -----	☐ ☐ ☐ ☐ -----	☐ ☐ ☐ ☐ -----
3.8	Lakcím (Amennyiben eltér az I.6.a. pont alatt megadott címtől.) Ha megváltozott, adja meg a költözési dátumot):	----- ----- település: ----- ----- ország: -----	----- ----- település: ----- ----- ország: -----	----- ----- település: ----- ----- ország: -----	----- ----- település: ----- ----- ország: -----
3.9	Folytatnak a családtagjai vala- milyen jövedelemszerző tevé- kenységet (munkaviszony vagy egyéni vállalkozás)? Ide tartoz-nak a csekély jövedelem ellené-ben vagy home office állásban végzett	☐ igen, ----- óta (nap/hónap/év) ország: -----	☐ igen, ----- óta (nap/hónap/év) ország: -----	☐ igen, ----- óta (nap/hónap/év) ország: -----	☐ igen, ----- óta (nap/hónap/év) ország: -----

3.10	Kapnak a családtagjai foglalkoztatást helyettesítő juttatásokat (például táppénzt vagy munkanélküli támogatásokat)?	☐ igen, _____ óta (nap/hónap/év) ország: _____	☐ igen, _____ óta (nap/hónap/év) ország: _____	☐ igen, _____ óta (nap/hónap/év) ország: _____	☐ igen, _____ óta (nap/hónap/év) ország: _____
3.11	Kapnak a családtagjai nyugdíjat/köztisztviselői nyugdíjat vagy nyújtottak be nyugdíj/köztisztviselői nyugdíj kérelmet?	☐ igen, _____ óta (nap/hónap/év) ország: _____	☐ igen, _____ óta (nap/hónap/év) ország: _____	☐ igen, _____ óta (nap/hónap/év) ország: _____	☐ igen, _____ óta (nap/hónap/év) ország: _____
3.12	Van a családtagjainak saját betegbiztosítása a lakóhely szerinti országban?	☐ igen, _____ óta (nap/hónap/év) ország: _____	☐ igen, _____ óta (nap/hónap/év) ország: _____	☐ igen, _____ óta (nap/hónap/év) ország: _____	☐ igen, _____ óta (nap/hónap/év) ország: _____
3.13	Van a családtagjainak betegbiztosítása a lakóhely szerinti országban egy másik személyen keresztül (pl. gyerekek az egyik szülő)	☐ igen, _____ óta (nap/hónap/év) ország: _____	☐ igen, _____ óta (nap/hónap/év) ország: _____	☐ igen, _____ óta (nap/hónap/év) ország: _____	☐ igen, _____ óta (nap/hónap/év) ország: _____
3.14	Az egészségbiztosító pénztár neve és címe a lakóhely szerinti országban	név: _____ _____ utca, házszám: _____ _____ irányítószám: _____ _____ település/ ország: _____ _____ biztosítási szám: _____ _____ _____	név: _____ _____ utca, házszám: _____ _____ irányítószám: _____ _____ település/ ország: _____ _____ biztosítási szám: _____ _____ _____	név: _____ _____ utca, házszám: _____ _____ irányítószám: _____ _____ település/ ország: _____ _____ biztosítási szám: _____ _____ _____	név: _____ _____ utca, házszám: _____ _____ irányítószám: _____ _____ település/ ország: _____ _____ biztosítási szám: _____ _____ _____

- Kijelentem, hogy helyes adatokat adtam meg. Felszólítás nélkül és haladéktalanul tájékoztatni fogom Önt a változásokról személyi körülményeimet és/vagy a családtagjaim körülményeit illetően (pl. költözésről, a családtagok jogosultságának megszűnéséről külföldön, a családtagok egy másik személyen keresztüli betegbiztosításának megszűnéséről külföldön, egy jövedelemszerző tevékenység végzésről stb.).
- Ismert számomra, hogy a jogosulatlanul felvett juttatások visszakövetelhetők, amennyiben én nem közlöm a körülményeimben fellépő változásokat, vagy azokat megkésve közlöm.
- Aláírással igazolom, hogy a családtagjaim hozzájárultak a szükséges adatok továbbításához.

Kelt,

a tag aláírása

Kérem küldje el

e-mailen erre a címre: zwkr-versicherte@plus.aok.de

faxon erre a számra: **0800 1059002-999 (Németországon belül), 0049 351 320289 (nem Németországból)**

Figyelem: Sikeresen elküldve e-mailen vagy faxon nem szükséges eredeti példányban is elküldeni a kérvényt. Kérem vegye figyelembe, hogy a szociális adatok nem titkosított továbbítása e-mailen vagy faxon elküldve adott esetben veszélyeztetheti adatainak biztonságát (pl. téves címre történő kézbesítés).

Adatvédelmi tájékoztató:

A kérdőíven kért adatok szükségesek hozzá, hogy eleget tegyünk a törvényben előírt feladatainknak a Szociális ellátásokról szóló törvény V. kötete [SGB V] alapján, annak 284.§-a (1) bekezdése 1.szakasza 2. és 4. pontja értelmében – a dologi juttatások igénybevétele a lakóhely szerinti országban vagy adott esetben azon kívül – (883/04/EK rendelet 11., 17., 22., 24., 25. és 26. cikke). Ehhez az Ön közreműködése szükséges a Szociális ellátásokról szóló törvény I. kötete 60.§-a illetve a 883/2004/EK rendelet 76. cikke (4) bekezdése és a 987/2009/EK rendelet 3. cikke (2) bekezdése értelmében. Amennyiben nem működik ebben együtt, akkor kerülhet hátrányos helyzetbe dologi juttatások igénybevétele, vagy a juttatásokra való jogosultsága megszűnhet a lakóhely szerinti országban. Általános adatfeldolgozási tájékoztató valamint egy tájékoztató a jogairól a [Datenschutzrechte | AOK](#) címen található_vagy azt megkaphatja az AOK irodáiban is.