

## Tagsági kérelem – kitöltési útmutató

Kérjük, hogy vesse össze személyes adatait, és a megadott mezőket egészítse ki, hogy mihamarabb az AOK PLUS új tagjaként köszönthessük – **Köszönjük!**

1. **Tagság kezdete** – Kérjük, írja be tagságának kezdetét.
2. **Személyes adatok** – Kérjük, hogy egyeztesse adatait és a még üres mezőket egészítse ki.
3. **Kapcsolattartási adatok** – Annak érdekében, hogy AOK PLUS tagságával kapcsolatban gyorsan elérhessük önt, kérjük, adja meg elérhetőségeit.
4. **Nyugdíjbiztosítási szám** – Kérjük, adja meg nyugdíjbiztosítási számát.
5. **Személyek köre és kiegészítő adatok** – Az alábbi adatok fontosak az AOK PLUS-hoz történő regisztrációhoz:

| Személyek köre                      | Fontos adatok   | Mellékletek  |
|-------------------------------------|---|--|
| Munkavállaló/ipari tanuló/gyakornok | - a munkaadó neve, címe és telefonszáma<br>- foglalkoztatás kezdete<br>- foglalkozás            | - gyakornokoknál: gyakornoki szerződés másolata                        |
| I. típusú munkanélküli ellátottak   | - a munkaügyi ügynökség neve és címe<br>- törzsszám   | - az aktuális I. típ. munkanélküli ellátást jóváhagyó végzés másolata  |
| II. típusú munkanélküli ellátottak  | - munkaközösség/közösség neve és címe<br>- a szükségleti közösség száma (BG-szám)               | - az aktuális II. típ. munkanélküli ellátást jóváhagyó végzés másolata |
| Nyugdíjas                           | - nyugdíjfolyósító neve és címe<br>- nyugdíj fajtája<br>(pl. öregségi nyugdíj, özvegyi nyugdíj) | - aktuális nyugdíjhatározat másolata                                   |
| Ellátott                            | - ellátást folyósító neve és címe<br>- az ellátás fajtája                                       | - az ellátás folyósításáról szóló határozat másolata                   |

- Kérjük, írja be ezeket a fontos adatokat az e célra kialakított mezőkbe, és a megjelölt mellékleteket legyen szíves csatolni a tagsági kérelemhez.

- **Szülői támogatás folyósítása esetén** – Kérjük, hogy a megjelölt adatok és mellékletek mellett a szülői támogatás folyósításáról szóló határozat másolatát is csatolja.

### 6. Az eddigi biztosítás adatai/felmondás visszaigazolása

- Az eddigi betegbiztosítási pénztár neve és címe
- Amennyiben Ön családi biztosított volt, kérjük, hogy a tag nevét és születési idejét írja be ide.
- Amennyiben eddigi betegbiztosítási pénztárának felmondási visszaigazolása, ill. tagsági igazolása már rendelkezésére áll, kérjük, hogy azt a hiánytalanul kitöltött kérelemmel és a melléletekkel együtt küldje el az AOK PLUS részére

### 7. Családi biztosítás

Kérjük, jelölje be, hogy hozzátartozói részére kíván-e családi biztosítást létesíteni. Kérjük, hogy a mellékelt családi biztosítási kérdőívet is legyen szíves kitölteni.

### 8. Adatvédelmi hozzájárulás

Annak érdekében, hogy ajánlatainkról és szolgáltatásainkról tájékoztathassuk, kérjük, jelölje be a megfelelő mezőt.

### 9. Aláírás és dátum

Kérjük, írja alá a tagsági kérelmet.

Kérjük, hogy a tagsági kérelmet, ill. - szükség esetén - a fent megadott melléleteket **a mellékelt válaszbortékok egyikében** küldje vissza részünkre térítésmentesen. A **második válaszbortékban** kérjük, hogy eddigi betegbiztosítási pénztárának felmondási visszaigazolását, ill. a tagsági igazolást küldje meg nekünk annak kézhezvételét követően.

Minden mást mi intézünk Önnek!

## Adatok családi biztosítás megállapításához – kitöltési útmutató

Kérjük, töltsse ki a megadott mezőket, hogy családtagjait is hamarosan az AOK PLUS új biztosítottjai között üdvözölhessük. Kérjük, hogy az ívet akkor is küldje vissza, ha nincs szükség családi biztosításra; ekkor elegendő csak a 10., 11. és 21. mezőt kitölteni. – **Nagyon köszönjük.**

- 10. Eddigi biztosítás** – Kérjük, adja meg, hogyan és hol rendelkezett eddig biztosítással.
- 11. Családi állapot** – Kérjük, jelölje meg családi állapotát. Amennyiben Ön házas, külön élő, vagy az élettársi közösségekről szóló tv. szerinti élettársi közösségben él, úgy kérjük, adja meg az adatokat a házastárs/élettárs biztosításához.
- 12. Vezetéknév, utónév, születési idő, nem** – Kérjük, hogy adja meg a biztosítandó gyermekek személyes adatait. A házastárs adatait kérjük akkor is kitölteni, ha csak gyermekeit kívánja biztosítani.
- **Fontos mellékletek** – Amennyiben Ön és gyermekei/házastársa más családnevet viselnek, kérjük, hogy mellékeljen egy a rokonságot igazoló dokumentumot (születési anyakönyvi kivonat, házassági anyakönyvi kivonat).
- 13. Rokoni viszony** – Biztosítandó gyermekek esetében meg kell adni az Önnel mint taggal fennálló rokoni viszonyt (vér szerinti gyermek, mostoha vagy gondozott gyermek, unoka).
- 14. Saját biztosítás** – Amennyiben hozzátartozói saját tagság keretében rendelkeztek biztosítással egy másik betegbiztosítási pénztárnál, úgy kérjük, adja meg itt ennek időtartamát.
- 15. Egyéni vállalkozói tevékenység** – Kérjük, adja meg, hogy hozzátartozói egyéni vállalkozói tevékenységet folytatnak-e.
- 16. Munkabér és további jövedelmek** – Amennyiben hozzátartozói a jövedelemadóról szóló tv. értelmében jövedelemmel rendelkeznek, kérjük, adja meg a jövedelmek jellegét és összegét. Ide tartozik például:
- Csekély mértékű foglalkoztatásból származó bruttó munkabér
  - Csekély mértéket meghaladó foglalkoztatásból származó bruttó munkabér
  - Vállalkozói tevékenységből származó jövedelem
  - Tőkejövedelmek
  - Bérbeadásból származó jövedelmek
  - Nyugdíjak, ellátások
  - **Fontos mellékletek** – Kérjük, hogy a jövedelemről megfelelő igazolást legyen szíves mellékelni, pl. jövedelemigazolást, jövedelemadó megállapításáról szóló határozatot.
- 17. Iskolalátogatás** – Kérjük, adja meg gyermekei iskolalátogatási adatait is.
- **Fontos mellékletek** – 23 életév felett iskolai igazolást kell mellékelni. Felsőoktatási tanulmányok esetén jogviszony-igazolás mindig szükséges.
- 18. Sorkatonai/polgári szolgálat** – Amennyiben gyermekei sorkatonai vagy polgári szolgálatot teljesítettek, kérjük, adja meg itt annak idejét.
- **Fontos mellékletek** – Kérjük a szolgálati időről szóló igazolást mellékelni.
- 19. Eddigi betegbiztosítási pénztár** – Kérjük, adja meg, hogy hozzátartozói eddig melyik betegbiztosítási pénztárnál rendelkeztek családi biztosítással.
- 20. Nyugdíjbiztosítási szám** – Kérjük, adja meg hozzátartozóinak nyugdíjbiztosítási számát. Amennyiben hozzátartozói még nem rendelkeznek NYB-számmal, kérjük, töltsse ki a születési név, születési hely és állampolgárság mezőket.
- 21. Aláírás** – Kérjük, hogy a hely és idő megadása mellett legyen szíves a kérdőívet aláírni. Külön élő hozzátartozóknál a biztosítandó családtag aláírása is lehetséges (betöltött 18. életév esetén).

Kérjük, hogy a családi biztosítási kérdőívet a tagsági kérelemmel, ill. - szükség esetén - a fenti mellékletekkel együtt **a mellékelt válaszbortékok egyikében** küldje el nekünk térítésmentesen. A **második válaszbortékban** kérjük, hogy eddigi betegbiztosítási pénztárának felmondási visszaigazolását, ill. a tagsági igazolást küldje meg nekünk annak kézhezvételét követően.

Minden mást mi intézünk Önnek!