

# Üdvözöljük az SBK-nál!

Remek teljesítmény. Személyre szabottan.



Bitte beachten Sie, dass es sich bei diesem Dokument um ein Muster handelt. Das Formular ist zwingend in Deutsch auszufüllen. (Kérjük, vegye figyelembe, hogy ez egy mintapéldány. A kérdőívet feltétlenül német nyelven kell kitölteni.)

**Ja**, ich werde SBK-Mitglied ab dem  
(Igen, \_\_\_\_\_ től az SBK tagja leszek)

Ihr Ansprechpartner  
(Kapcsolattartó személy) \_\_\_\_\_

Telefon  
(Telefon) \_\_\_\_\_

## Persönliche Angaben: (Személyi adatok)

Frau (Asszony)  Herr (Úr)

Name, Vorname (Név, keresztnév) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum (Születési idő) \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer (Utca, házszám) \_\_\_\_\_

Postleitzahl (Postai irányítószám) \_\_\_\_\_ Ort (Helység neve) \_\_\_\_\_

Telefon privat\* (Telefonszám privat\*) \_\_\_\_\_ Telefon mobil\* (Mobil-telefonszám\*) \_\_\_\_\_

E-Mail\* (E-Mail\*) \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer oder bundeseinheitliche Krankenversicherungsnummer.  
(Nyugdíjbiztosítási szám v. szövetségi tagállambeli betegségélyező száma)

Ansonsten: Geburtsort, -land und -name  
(Vagy: születési hely, -ország és -név)

Staatsangehörigkeit (Állampolgárság) \_\_\_\_\_

Familienstand (Családi állapot) \_\_\_\_\_

## Angaben für die Versicherung bei der SBK: (Adatok az SBK-nál történő biztosításhoz)

Ich bin (Én):

Arbeitnehmer (Munkavállaló vagyok)

Auszubildende(r) ((Ipari) tanuló)

Selbstständige(r) (Önálló vállalkozó vagyok)

Student(in) (Egyetemi/főiskolai hallgató)

Sonstiges: (Egyéb) \_\_\_\_\_

Name des Arbeitgebers / der Hochschule (A munkaadó / főiskola neve) \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer (Utca, házszám) \_\_\_\_\_

Postleitzahl (Postai irányítószám) \_\_\_\_\_ Ort (Helység neve) \_\_\_\_\_

Ich bin beschäftigt als: (Beosztásom) \_\_\_\_\_

seit / ab: (óta) \_\_\_\_\_

Mein jährlicher Bruttoverdienst liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (57.600 EUR) (Éves bruttójövedelemem az éves jövedelemhatár felett (57.600 EURO) van)

Nein (Nem)

Ja (Igen)

## Familienangehörige: (Családtagok)

Mein Ehe-/ Lebenspartner  
(Házastársam/élettársam)

Name, Vorname (Név, keresztnév) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum (Születési idő) \_\_\_\_\_

ist zurzeit versichert bei (Ezidőszerint biztosított -nél)

Krankenkasse (Betegségélyező pénztár) \_\_\_\_\_

Ich habe ein oder mehrere Kinder, die gesetzlich familienversichert sind.  
(Egy vagy több gyermekem családi kötelező biztosítással rendelkezik)

## Angaben zu Ihrem Versicherungsverhältnis in den letzten 18 Monaten: (Az Ön biztosítása az elmúlt 18 hónapban)

Meine bisherige Krankenkasse (Eddigi betegségélyezőm neve)

von (-tól) \_\_\_\_\_ bis (-ig) \_\_\_\_\_

pflichtversichert (kötelező biztosítással)

freiwillig versichert (önkéntes biztosítással)

familienversichert (családi biztosítással)

Wenn Sie familienversichert waren, benötigen wir folgende Angaben:  
(Ha családi biztosítása volt, akkor a következőket kérjük megadni)

Name, Vorname des Mitglieds \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

(A tag neve és keresztnéve)

(Születési idő)

## Kündigungsbestätigung: (A felmondási igazolást)

lege ich bei (mellékelem)

reiche ich nach (utólag fogom benyújtani)

## Foto Gesundheitskarte: (Az igazolványképhez szükséges fotót)

per Online-Upload (Online-Upload útján)

per Post (Lichtbildformular) (postai úton (fényképes kérdőíven))

### Weitere wichtige Angaben: (További fontos adatok)

- Ich beziehe Rente beziehungsweise habe einen Rentenanspruch gestellt.  
(Nyugdíjban részesülök, ill. nyugdíjkérelmem van folyamatban.)
- Ich beziehe rentenähnliche Leistungen (zum Beispiel Betriebsrente, Versorgungsbezüge).  
(Nyugdíjhoz hasonló juttatásban részesülök (pld. vállalati/üzemi nyugdíj, ellátási járadék).)
- Ich beziehe Arbeitsentgelt aus selbstständiger Tätigkeit.  
(Vállalkozói tevékenységből származó jövedelmem van.)
- Ja, ich möchte exklusive Online-Services nutzen. Bitte registrieren Sie mich mit meiner oben angegebenen E-Mail-Adresse für „**Meine SBK**“.  
Den Nutzungsbedingungen, nachzulesen unter **sbk.org/meinesbk**, stimme ich zu.  
(Igen, szeretném az exkluzív online-szolgáltatást igénybe venni. Kérem, hogy a megadott e-mail-címmel regisztráljanak az „**én SBKm-nál**“. Hozzájárulok és a használati feltételeket a **sbk.org/meinesbk** el fogom olvasni.)

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §206 und 289 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 5ff., 284 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) zu erheben. Über Änderungen werde ich die SBK umgehend informieren.  
\* Die Angabe der Telefonnummern / E-Mail Adresse ist freiwillig.

Adatvédelmi figyelmeztetés (SGB X. 67a § 3. bek.): Ahhoz, hogy feledatainkat jogszerűen elláthassuk, szükség van az Ön együttműködésére (SGB V) 206 és 289 §. Az adatokra a biztosítási helyzet megállapításához van szükség (SGB V 5 és azt követő, valamint 284 §§ 1. bek. 1. sz.) Változásokról az SBK-t haladéktalanul értesíteni fogom.  
\* A telefonszám / az e-mail-cím megadása önkéntes.

Würden Sie uns weiterempfehlen?  
(Ajánlana bennünket másnak is?)

Ja (Igen)  Nein (Nem)