

Bitte zurück an:

DAK-Gesundheit

Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

ab _____

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon/Handy *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Straße, Nr., PLZ, Ort

Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	E-Mail *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt

Name at birth/Geburtsname	Place of birth/Geburtsort	Citizenship/Staatsangehörigkeit	Country of birth/Geburtsland
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

Ich bin

- Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r) arbeitslos (bitte Bescheid beifügen)
 hauptberuflich selbstständig Student(in) (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen) Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (bitte ggf. Rentenbescheid beifügen)
 _____ (z. B. Beamter, Hausfrau, Schwerbehinderter, Kind)

Beschäftigungs-/ Studienbeginn	Arbeitgeber / Hochschule	Anschrift
<input type="text"/>	Name <input type="text"/>	<input type="text"/>

- Monatl. Bruttoarbeitsentgelt Euro Einmalige Einnahmen (z. B. 13. Monatsgehalt, Urlaubsgeld) Nein Ja Euro
 Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert

Ich übe

- eine weitere Beschäftigung aus nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

Ich studiere

- zurzeit im Fachsemester im Rahmen eines dualen Studiums Nein Ja
 • Ich bin neben meinem Studium beschäftigt Nein Ja
 • Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig Nein Ja Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt Stunden

- Ich habe einen Rentenantrag gestellt am Ich beziehe Rente ab/seit
 Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (bitte ggf. Bescheid beifügen)
 Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz

Ich habe mich befreien lassen von der (bitte ggf. Bescheid beifügen)

- Krankenversicherungspflicht Rentenversicherungspflicht Pflegeversicherungspflicht
 Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen

Angaben zur Vorversicherung

Ich war zuletzt vom bis bei der Name und Ort der Krankenkasse

<input type="radio"/> pflichtversichert <input type="radio"/> freiwillig versichert Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse bei.	<input type="radio"/> familienversichert über <input type="text"/> Name des Hauptversicherten <input type="radio"/> privat versichert <input type="radio"/> Auslandsaufenthalt
---	---

Feststellung der Elterneigenschaft

Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?
 Nein Ja (bitte Nachweis beifügen)

Angaben zu Angehörigen

Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

Partner number/Partnernummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Datum, Unterschrift _____

Agent number/Vermittlernummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an. _____
 * freiwillige Angaben

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 206 SGB V oder § 28 o SGB IV und § 94 SGB XI in Verbindung mit § 50 SGB XI. Wir informieren Sie gern, wie wir Ihre Daten schützen.