

I would like to become a member of DAK-Gesundheit/Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit  
from/ab \_\_\_\_\_

## Personal Details/Persönliche Angaben

☐ Mrs/Ms/Frau ☐ Mr/Herr

|                                                                                                                                                          |                                              |                                 |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Surname, First Name/Name, Vorname                                                                                                                        |                                              | Date of Birth/Geburtsdatum      | Telephone/Mobile */Telefon/Handy * |
| Address/Anschrift                                                                                                                                        |                                              | E-mail */E-Mail *               |                                    |
| Pension Insurance Number/Rentenversicherungsnummer                                                                                                       | Health Insurance No./Krankenversicherten-Nr. |                                 |                                    |
| If you do not yet have a pension insurance number, then please complete the following/nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt |                                              |                                 |                                    |
| Name at Birth/Geburtsname                                                                                                                                | Place of Birth/Geburtsort                    | Nationality/Staatsangehörigkeit | Country of Birth/Geburtsland       |

## Information required for verifying the insurance application with DAK-Gesundheit/Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

## My Status/Ich bin

- ☐ employee/Arbeitnehmer(in) ☐ apprentice/Auszubildende(r) ☐ unemployed/arbeitslos (please enclose notification)  
☐ self-employed full time/hauptberuflich selbstständig ☐ student/Student(in) (please enclose certificate of enrolment) ☐ pensioner/pension applicant/Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (please enclose notice of pension entitlement)  
☐ \_\_\_\_\_ (other, e.g. civil servant, housewife, severely disabled person, child)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                       |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Date of starting employment or studies/<br>Beschäftigungs-/Studienbeginn                                                                                                                                                                                                                                       | Employer/University/Arbeitgeber/Hochschule                                                                                                                                                            | Address/Anschrift |
| <input type="checkbox"/> Gross monthly wage/<br>monatl. Bruttoarbeitsentgelt _____ Euro<br><input type="checkbox"/> I hold a share in the company (association)/I am related, or related by marriage to the employer./Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert. | <input type="checkbox"/> Non-recurring income/einmalige Einnahmen<br>(e.g. annual bonus, holiday allowance) _____ Euro<br><input type="checkbox"/> No/nein <input type="checkbox"/> Yes/ja _____ Euro |                   |

## I am/Ich übe

- ☐ also in secondary employment/  
eine weitere Beschäftigung aus ☐ additionally self-employed/  
nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus ☐ taking up employment for the first time/  
Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

## I am studying/Ich studiere

- ☐ and am in the/zurzeit im \_\_\_\_\_ semester (number)/Fachsemester ☐ within a dual studies programme/im Rahmen eines dualen Studiums ☐ No/nein ☐ Yes/ja  
☐ and am employed in addition to my studies/Ich bin neben meinem Studium beschäftigt ☐ No/nein ☐ Yes/ja } the time spent working per week is/ \_\_\_\_\_ hours/  
☐ and am self-employed in addition to my studies/Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig ☐ No/nein ☐ Yes/ja } die wöchentliche Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ Stunden  
☐ I applied for a pension on/Ich habe einen Rentenantrag gestellt am \_\_\_\_\_ ☐ I will draw a pension from/or since/Ich beziehe Rente ab/seit \_\_\_\_\_  
☐ I receive pensions and related benefits (e.g. company pension) or I have applied for such (please enclose notification)/  
 Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen).  
☐ I receive benefits as per a Pensions Law/Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz.

## I am exempt from/Ich habe mich befreien lassen von der (Please enclose notification where appropriate)

- ☐ compulsory health insurance/Krankenversicherungspflicht ☐ compulsory pension insurance/Rentenversicherungspflicht ☐ compulsory long-term care insurance/  
Pflegeversicherungspflicht  
☐ My claim on family insurance has been terminated/is excluded./Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen.

## Details of Previous Insurance/Angaben zur Vorversicherung

|                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| For the last 18 months I have been insured with/<br>Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei                                       | Name and location of health insurance co./Name und Ort der Krankenkasse                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> compulsory insurance/<br>pflichtversichert <input type="checkbox"/> voluntary insurance/<br>freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> family insurance via/familienversichert über _____<br><input type="checkbox"/> private insurance/privat versichert<br><input type="checkbox"/> period spent abroad/Auslandsaufenthalt |
| Name of the principle person insured/Name des Hauptversicherten                                                                            |                                                                                                                                                                                                                |

Please enclose the certificate of termination  
from the previous health insurance co.

## Declaration of Parenthood/Feststellung der Elternerschaft

Do you have a child (to include a stepchild, an adopted or foster child)?/  
Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?  
☐ No/nein ☐ Yes/ja (please enclose proof)

## Details of Relatives and Dependents/Angaben zu Angehörigen

☐ I have relatives and dependents (marital partner/children) to be insured, exempt  
from contributions/Ich habe Angehörige (Ehegatte(-in) / Kinder), die beitragsfrei  
mitversichert werden sollen.

Please recommend us to others – give us a call./Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

\* information provided on a voluntary basis/\* freiwillige Angaben

Date, Signature/Datum, Unterschrift

We require your personal data (social data) in order to carry out our business processes on your behalf. The legal basis for this is section 284 of the social security statutes V (Sozialgesetzbuch SGB V) in combination with section 206 of SGB V or section 28 of SGB IV and section 94 of SGB XI in combination with section 50 of SGB XI. Feel free to contact us for further information on how we protect your data.

**Applicant's Copy**

I would like to become a member of DAK-Gesundheit/Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit  
from/ab \_\_\_\_\_

**Personal Details/Persönliche Angaben**

☐ Mrs/Ms/Frau ☐ Mr/Herr

|                                                                                                                                                          |                                              |                                 |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Surname, First Name/Name, Vorname                                                                                                                        |                                              | Date of Birth/Geburtsdatum      | Telephone/Mobile */Telefon/Handy * |
| <input type="text"/>                                                                                                                                     |                                              | <input type="text"/>            | <input type="text"/>               |
| Address/Anschrift                                                                                                                                        |                                              |                                 | E-mail */E-Mail *                  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                     |                                              |                                 | <input type="text"/>               |
| Pension Insurance Number/Rentenversicherungsnummer                                                                                                       | Health Insurance No./Krankenversicherten-Nr. |                                 |                                    |
| <input type="text"/>                                                                                                                                     | <input type="text"/>                         |                                 |                                    |
| If you do not yet have a pension insurance number, then please complete the following/nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt |                                              |                                 |                                    |
| Name at Birth/Geburtsname                                                                                                                                | Place of Birth/Geburtsort                    | Nationality/Staatsangehörigkeit | Country of Birth/Geburtsland       |
| <input type="text"/>                                                                                                                                     | <input type="text"/>                         | <input type="text"/>            | <input type="text"/>               |

**Information required for verifying the insurance application with DAK-Gesundheit/Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit****My Status/Ich bin**

- ☐ employee/Arbeitnehmer(in) ☐ apprentice/Auszubildende(r) ☐ unemployed/arbeitslos (please enclose notification)  
☐ self-employed full time/hauptberuflich selbstständig ☐ student/Student(in) (please enclose certificate of enrolment) ☐ pensioner/pension applicant/Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (please enclose notice of pension entitlement)  
☐ \_\_\_\_\_ (other, e.g. civil servant, housewife, severely disabled person, child)

|                                                                              |                                            |                                                                                                             |                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of starting employment or studies/<br>Beschäftigungs-/Studienbeginn     | Employer/University/Arbeitgeber/Hochschule | Address/Anschrift                                                                                           |                                                                                            |
| <input type="text"/>                                                         | <input type="text"/>                       | <input type="text"/>                                                                                        |                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Gross monthly wage/<br>monatl. Bruttoarbeitsentgelt | <input type="text"/> Euro                  | <input type="checkbox"/> Non-recurring income/einmalige Einnahmen<br>(e.g. annual bonus, holiday allowance) | <input type="checkbox"/> No/nein <input type="checkbox"/> Yes/ja <input type="text"/> Euro |

☐ I hold a share in the company (association)/I am related, or related by marriage to the employer./Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.

**I am/Ich übe**

- ☐ also in secondary employment/  
eine weitere Beschäftigung aus ☐ additionally self-employed/  
nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus ☐ taking up employment for the first time/  
Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

**I am studying/Ich studiere**

- ☐ and am in the/zurzeit im \_\_\_\_\_ semester (number)/Fachsemester ☐ within a dual studies programme/im Rahmen eines dualen Studiums ☐ No/nein ☐ Yes/ja  
☐ and am employed in addition to my studies/Ich bin neben meinem Studium beschäftigt ☐ No/nein ☐ Yes/ja } the time spent working per week is/ \_\_\_\_\_ hours/  
☐ and am self-employed in addition to my studies/Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig ☐ No/nein ☐ Yes/ja } die wöchentliche Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ Stunden

- ☐ I applied for a pension on/Ich habe einen Rentenantrag gestellt am \_\_\_\_\_ ☐ I will draw a pension from/or since/Ich beziehe Rente ab/seit \_\_\_\_\_  
☐ I receive pensions and related benefits (e.g. company pension) or I have applied for such (please enclose notification)/  
Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen).  
☐ I receive benefits as per a Pensions Law/Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz.

**I am exempt from/Ich habe mich befreien lassen von der** (Please enclose notification where appropriate)

- ☐ compulsory health insurance/Krankenversicherungspflicht ☐ compulsory pension insurance/Rentenversicherungspflicht ☐ compulsory long-term care insurance/  
Pflegeversicherungspflicht  
☐ My claim on family insurance has been terminated/is excluded./Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen.

**Details of Previous Insurance/Angaben zur Vorversicherung**

For the last 18 months I have been insured with/  
Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei

Name and location of health insurance co./Name und Ort der Krankenkasse

|                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> compulsory insurance/<br>pflichtversichert <input type="checkbox"/> voluntary insurance/<br>freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> family insurance via/familienversichert über | Name of the principle person insured/Name des Hauptversicherten |
| <input type="checkbox"/> private insurance/privat versichert                                                                               | <input type="text"/>                                                  |                                                                 |
| <input type="checkbox"/> period spent abroad/Auslandsaufenthalt                                                                            | <input type="text"/>                                                  |                                                                 |

**Please enclose the certificate of termination  
from the previous health insurance co.**

**Declaration of Parenthood/Feststellung der Elternerschaft**

Do you have a child (to include a stepchild, an adopted or foster child)?/  
Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?  
☐ No/nein ☐ Yes/ja (please enclose proof)

**Details of Relatives and Dependents/Angaben zu Angehörigen**

☐ I have relatives and dependents (marital partner/children) to be insured, exempt  
from contributions/Ich habe Angehörige (Ehegatte(-in) / Kinder), die beitragsfrei  
mitversichert werden sollen.

Please recommend us to others – give us a call./Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

\* information provided on a voluntary basis/\* freiwillige Angaben

Date, Signature/Datum, Unterschrift

We require your personal data (social data) in order to carry out our business processes on your behalf. The legal basis for this is section 284 of the social security statutes V (Sozialgesetzbuch SGB V) in combination with section 206 of SGB V or section 28 of SGB IV and section 94 of SGB XI in combination with section 50 of SGB XI. Feel free to contact us for further information on how we protect your data.