

Sì, desidero aderire a DAK-Gesundheit/Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

a partire da/ab \_\_\_\_\_

**Dati personali/Persönliche Angaben**

☐ Signora/Frau ☐ Signor/Herr

|                                                                                                                                              |                                                           |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Cognome, nome/Name, Vorname                                                                                                                  | Data di nascita/Geburtsdatum                              | Telefono/Cellulare */Telefon/Handy * |
| Indirizzo/Anschrift                                                                                                                          |                                                           | E-mail */E-Mail *                    |
| Numero di assicurazione pensionistica/Rentenversicherungsnummer                                                                              | Numero di assicurazione sanitaria/Krankenversicherten-Nr. |                                      |
| Compilare solo se non c'è ancora un numero di assicurazione pensionistica/nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt |                                                           |                                      |
| Cognome di nascita/Geburtsname                                                                                                               | Luogo di nascita/Geburtsort                               | Nazionalità/Staatsangehörigkeit      |
| Paese di nascita/Geburtsland                                                                                                                 |                                                           |                                      |

**Dati per la verifica dell'assicurazione presso DAK-Gesundheit/Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit**

**Sono/Ich bin**

☐ lavoratore/lavoratrice subordinato/a/Arbeitnehmer(in) ☐ apprendista/Auszubildende(r) ☐ disoccupato/a/arbeitslos (allegare certificato)  
☐ lavoratore/lavoratrice autonomo/a come professione principale/hauptberuflich selbstständig ☐ studente/studentessa/Student(in) (allegare certificato di immatricolazione) ☐ pensionato/a/richiedente pensione/Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (eventualmente allegare la notifica sul trattamento pensionistico)  
☐ \_\_\_\_\_ (ad es. impiegato pubblico, casalinga, disabile grave, bambino)

|                                                        |                                                                           |           |                     |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------|
| Inizio attività /studi/ Beschäftigungs-/ Studienbeginn | Datore di lavoro/istituto di livello universitario/Arbeitgeber/Hochschule | Nome/Name | Indirizzo/Anschrift |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------|

☐ retribuzione mensile lorda/monatl. Bruttoarbeitsentgelt \_\_\_\_\_ € ☐ entrate una tantum/einmalige Einnahmen (ad es. tredicesima mensilità, gratifica per ferie) \_\_\_\_\_ €  
☐ Detengo una partecipazione alla ditta (società)/sono parente consanguineo/acquisito del datore di lavoro./ Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.

**Esercito/Ich übe**

☐ un'ulteriore attività/eine weitere Beschäftigung aus ☐ anche un'attività autonoma/nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus ☐ Inizio per la prima volta un'attività/ Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

**Studio/Ich studiere**

☐ attualmente al/zurzeit im \_\_\_\_\_ semestre/Fachsemester ☐ nel quadro di un sistema duale con formazione professionale pratica/im Rahmen eines dualen Studiums ☐ no/nein ☐ sì/ja  
☐ Oltre allo studio ho un'occupazione/Ich bin neben meinem Studium beschäftigt ☐ no/nein ☐ sì/ja } L'orario settimanale di lavoro è di/ die wöchentliche Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ ore/Stunden  
☐ Oltre allo studio esercito un'attività autonoma/Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig ☐ no/nein ☐ sì/ja  
☐ Ho presentato una richiesta di pensione il/ Ich habe einen Rentenantrag gestellt am \_\_\_\_\_ ☐ Percepisco la pensione a partire da/Ich beziehe Rente ab/seit \_\_\_\_\_  
☐ Ricevo un trattamento pensionistico (ad es. pensione aziendale, pensione per dipendenti pubblici) oppure ho fatto richiesta di trattamento pensionistico (allegare eventuale notifica)/ Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen).  
☐ Ricevo le prestazioni previste da una legge sulla previdenza sociale/Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz.

**Sono esonerato dall'/Ich habe mich befreien lassen von der** (allegare eventuale notifica)

☐ obbligo di assicurazione sanitaria/Krankenversicherungspflicht ☐ obbligo di assicurazione pensionistica/Rentenversicherungspflicht ☐ obbligo di assicurazione di assistenza/Pflegeversicherungspflicht  
☐ Il diritto all'assicurazione familiare nel mio caso è decaduto/è escluso/Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen.

**Indicazioni sull'assicurazione preesistente/Angaben zur Vorversicherung**

|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Negli ultimi 18 mesi ero assicurato presso/ Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei                                                   | Nome e luogo della cassa malattia/Name und Ort der Krankenkasse                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Assicurazione obbligatoria/pflichtversichert <input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa/freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> assicurazione familiare tramite/familienversichert über <input type="checkbox"/> assicurazione privata/privat versichert<br><input type="checkbox"/> Soggiorno all'estero/Auslandsaufenthalt |
| Nome dell'assicurato principale/Name des Hauptversicherten                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                       |

**Allegare la conferma di disdetta della cassa malattia precedente**

**Accertamento della genitorialità/Feststellung der Elterneigenschaft**

Ha un figlio/a (anche figliastro/a, figlio/a adottivo/a, bambino/a in affidamento)?/  
 Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?  
☐ no/nein ☐ sì/ja (allegare documentazione)

**Dati dei familiari/Angaben zu Angehörigen**

☐ Ho familiari (coniuge/figli) da coassicurare senza versare ulteriori quote/  
 Ich habe Angehörige (Ehegatte(-in) / Kinder), die beitragsfreimitversichert werden sollen.

Consigliate il nostro nome – Telefonateci /Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

\* Dati facoltativi/\* freiwillige Angaben

Data, firma/Datum, Unterschrift

Abbiamo bisogno dei Suoi dati personali per poter eseguire correttamente le nostre prestazioni in conformità a § 284 SGB V (Codice sociale tedesco V) in combinato disposto con § 206 SGB V o § 28 o SGB IV e § 94 SGB XI in combinato disposto con § 50 SGB XI. La informiamo su come proteggiamo i Suoi dati.

Sì, desidero aderire a DAK-Gesundheit/Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

a partire da/ab

## Dati personali/Persönliche Angaben

☐ Signora/Frau    ☐ Signor/Herr

|                                                                                                                                              |                             |                                                           |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Cognome, nome/Name, Vorname                                                                                                                  |                             | Data di nascita/Geburtsdatum                              | Telefono/Cellulare */Telefon/Handy * |
| Indirizzo/Anschrift                                                                                                                          |                             | E-mail */E-Mail *                                         |                                      |
| Numero di assicurazione pensionistica/Rentenversicherungsnummer                                                                              |                             | Numero di assicurazione sanitaria/Krankenversicherten-Nr. |                                      |
| Compilare solo se non c'è ancora un numero di assicurazione pensionistica/nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt |                             |                                                           |                                      |
| Cognome di nascita/Geburtsname                                                                                                               | Luogo di nascita/Geburtsort | Nazionalità/Staatsangehörigkeit                           | Paese di nascita/Geburtsland         |

## Dati per la verifica dell'assicurazione presso DAK-Gesundheit/Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

## Sono/Ich bin

- ☐ lavoratore/lavoratrice subordinato/a/Arbeitnehmer(in)    ☐ apprendista/Auszubildende(r)    ☐ disoccupato/a/arbeitslos (allegare certificato)  
☐ lavoratore/lavoratrice autonomo/a come professione principale/hauptberuflich selbstständig    ☐ studente/studentessa/Student(in) (allegare certificato di immatricolazione)    ☐ pensionato/a/richiedente pensione/Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (eventualmente allegare la notifica sul trattamento pensionistico)  
☐ \_\_\_\_\_ (ad es. impiegato pubblico, casalinga, disabile grave, bambino)

|                                                        |                                                                           |           |                     |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------|
| Inizio attività /studi/ Beschäftigungs-/ Studienbeginn | Datore di lavoro/istituto di livello universitario/Arbeitgeber/Hochschule | Nome/Name | Indirizzo/Anschrift |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------|

- ☐ retribuzione mensile lorda/monatl. Bruttoarbeitsentgelt \_\_\_\_\_ €    ☐ entrate una tantum/einmalige Einnahmen (ad es. tredicesima mensilità, gratifica per ferie) \_\_\_\_\_ €    ☐ no/nein    ☐ sì/ja  
☐ Detengo una partecipazione alla ditta (società)/sono parente consanguineo/acquisito del datore di lavoro./ Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.

## Esercito/Ich übe

- ☐ un'ulteriore attività/eine weitere Beschäftigung aus    ☐ anche un'attività autonoma/nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus    ☐ Inizio per la prima volta un'attività/ Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

## Studio/Ich studiere

- ☐ attualmente al/zurzeit im \_\_\_\_\_ semestre/Fachsemester    ☐ nel quadro di un sistema duale con formazione professionale pratica/im Rahmen eines dualen Studiums    ☐ no/nein    ☐ sì/ja  
☐ Oltre allo studio ho un'occupazione/Ich bin neben meinem Studium beschäftigt    ☐ no/nein    ☐ sì/ja    ☐ L'orario settimanale di lavoro è di/ die wöchentliche Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ ore/ Stunden  
☐ Oltre allo studio esercito un'attività autonoma/Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig    ☐ no/nein    ☐ sì/ja  
☐ Ho presentato una richiesta di pensione il/ Ich habe einen Rentenantrag gestellt am \_\_\_\_\_    ☐ Percepisco la pensione a partire da/Ich beziehe Rente ab/seit \_\_\_\_\_  
☐ Ricevo un trattamento pensionistico (ad es. pensione aziendale, pensione per dipendenti pubblici) oppure ho fatto richiesta di trattamento pensionistico (allegare eventuale notifica)/ Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen).  
☐ Ricevo le prestazioni previste da una legge sulla previdenza sociale/Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz.

## Sono esonerato dall'/Ich habe mich befreien lassen von der (allegare eventuale notifica)

- ☐ obbligo di assicurazione sanitaria/Krankenversicherungspflicht    ☐ obbligo di assicurazione pensionistica/Rentenversicherungspflicht    ☐ obbligo di assicurazione di assistenza/Pflegeversicherungspflicht  
☐ Il diritto all'assicurazione familiare nel mio caso è decaduto/è escluso/Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen.

## Indicazioni sull'assicurazione preesistente/Angaben zur Vorversicherung

|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Negli ultimi 18 mesi ero assicurato presso/ Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei                                                   | Nome e luogo della cassa malattia/Name und Ort der Krankenkasse                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Assicurazione obbligatoria/pflichtversichert <input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa/freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> assicurazione familiare tramite/familienversichert über _____<br><input type="checkbox"/> assicurazione privata/privat versichert<br><input type="checkbox"/> Soggiorno all'estero/Auslandsaufenthalt |

**Allegare la conferma di disdetta della cassa malattia precedente**

## Accertamento della genitorialità/Feststellung der Elterneigenschaft

- Ha un figlio/a (anche figliastro/a, figlio/a adottivo/a, bambino/a in affidamento)?/ Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?  
☐ no/nein    ☐ sì/ja (allegare documentazione)

## Dati dei familiari/Angaben zu Angehörigen

- ☐ Ho familiari (coniuge/figli) da coassicurare senza versare ulteriori quote/ Ich habe Angehörige (Ehegatte(-in) / Kinder), die beitragsfreimitversichert werden sollen.

Consigliate il nostro nome – Telefonateci/ Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

\* Dati facoltativi/ \* freiwillige Angaben

Data, firma/Datum, Unterschrift

Abbiamo bisogno dei Suoi dati personali per poter eseguire correttamente le nostre prestazioni in conformità a § 284 SGB V (Codice sociale tedesco V) in combinato disposto con § 206 SGB V o § 28 o SGB IV e § 94 SGB XI in combinato disposto con § 50 SGB XI. La informiamo su come proteggiamo i Suoi dati.