Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

ab _____

Bitte zurück an:

DAK-Gesundheit

DAK Gesundheit

Persönliche Angaben

☐ Frau ☐ Herr

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon / Handy *

Anschrift

Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherten-Nr.	E-Mail *

nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt

Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Geburtsland

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 Name	Anschrift

■ 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 _____

☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert

Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse bei.

☐ familienversichert über Name des Hauptversicherten _____

☐ privat versichert ☐ 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(-in) / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Partnernummer

Datum, Unterschrift

Vermittlernummer

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.

D70001025 03/15