

Ja, ich möchte Mitglied der DAK-Gesundheit werden



ab _____

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Telefon / Handy * _____

Anschrift _____ E-Mail * _____

Rentenversicherungsnummer _____ Krankenversicherten-Nr. _____

Bei Adressänderung darf die Deutsche Post AG meine neue Anschrift an die DAK-Gesundheit weiterleiten.

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) Rentner(in) / Rentenantragsteller(in)

(Bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen) (Bitte ggf. Rentenbescheid beifügen)

_____ (z.B. Beamter, Hausfrau, Schwerbehinderter, Kind)

Beschäftigungs-/ Studienbeginn _____ **Arbeitgeber / Hochschule** _____ **Name** _____ **Anschrift** _____

monatl. Bruttoarbeitsentgelt _____ € einmalige Einnahmen (z. B. 13. Monatsgehalt, Urlaubsgeld) nein ja _____ €

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 Rentenanspruch 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 in den letzten 18 Monaten versichert bei _____ Name und Ort der Krankenkasse _____

pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert über _____ Name des Hauptversicherten _____

Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse bei. privat versichert Auslandsaufenthalt _____

Feststellung der Elterneigenschaft **Angaben zu Angehörigen**

Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)? Ich habe Angehörige (Ehegatte(-in) / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

nein ja *(Bitte Nachweis beifügen)*

Datum, Unterschrift

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.

Original für DAK-Gesundheit

Ja, ich möchte Mitglied der DAK-Gesundheit werden

ab _____



Unternehmen Leben

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon / Handy *
---------------	--------------	-------------------

Anschrift	E-Mail *
-----------	----------

Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherten-Nr.	Bei Adressänderung darf die Deutsche Post AG meine neue Anschrift an die DAK-Gesundheit weiterleiten.
---------------------------	-------------------------	---

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 _____ € einmalige Einnahmen (z. B. 13. Monatsgehalt, Urlaubsgeld) nein ja _____ €

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 die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden
 Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig nein ja

- Ich habe einen Rentenanspruch 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 in den letzten 18 Monaten versichert bei	Name und Ort der Krankenkasse
<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse bei.	Name des Hauptversicherten
<input type="checkbox"/> familienversichert über <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> 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.

Datum, Unterschrift

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.

Ausfertigung für Antragsteller(in)