

Desidero diventare socio di DAK-Gesundheit /
Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit



a partire da / ab _____

Dati personali / Persönliche Angaben

Sig.ra/Frau Sig./Herr

Cognome, nome / Name, Vorname	Data di nascita / Geburtsdatum	Telefono / cellulare* / Telefon / Handy	
Indirizzo / Anschrift		E-mail *	
Numero assicurazione pensionistica / Rentenversicherungsnummer	Numero assicurazione sanitaria / Krankenversicherten-Nr.		
Compilare solo se non è disponibile alcun 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 a titolo principale / hauptberuflich selbstständig studente/studentessa / Student(in) (allegare certificato di immatricolazione) pensionato/a / richiedente pensione / Rentner(in) / Rentenantragsteller(in) (allegare eventualmente la notifica sul trattamento pensionistico ordinario)
 _____ (ad es. funzionario pubblico, casalinga, disabile grave, bambino)

Inizio attività/studi _____ Datore di lavoro / istituzione di educazione terziaria / Arbeitgeber / Hochschule
Nome / Name _____ Indirizzo / Anschrift _____

Guadagno mensile lordo / Monatl. Bruttoarbeitsentgelt _____ euro Entrate una tantum / Einmalige Einnahmen (ad es. tredicesima mensilità, gratifica per ferie) No / Nein Sì / Ja _____ euro

Detengo una partecipazione della ditta (società) / sono parente di sangue/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

Frequento / Ich studiere

attualmente il / zurzeit im _____ semestre / Fachsemester
 un sistema duale di qualificazione professionale / 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 } Le ore lavorative settimanali sono / 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/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 (eventualmente allegare 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 (eventualmente allegare notifica)

obbligo di assicurazione sanitaria / Krankenversicherungspflicht obbligo di assicurazione di assistenza / Pflegeversicherungspflicht
 obbligo di assicurazione pensionistica / Rentenversicherungspflicht Il diritto all'assicurazione familiare nel mio caso decade / 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

Assicurazione obbligatoria / Pflichtversichert Assicurazione facoltativa / Freiwillig versichert

Alligare la conferma di disdetta della cassa malattia precedente. / Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse bei.

Assicurazione familiare tramite / Familienversichert über _____

Assicurazione privata / Privat versichert Soggiorno all'estero / Auslandsaufenthalt

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 versamento di ulteriori quote / Ich habe Angehörige (Ehegatte / Ehegattin / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

Le saremo grati nel caso ci voglia raccomandare – ci contatti telefonicamente /

Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an

* optional details / Freiwillige Angaben

Abbiamo bisogno dei Suoi dati personali per poter eseguire correttamente le nostre prestazioni in conformità a § 284 SGB V (Codice tedesco della sicurezza sociale 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.

Data, firma / Datum, Unterschrift

Ad uso interno di DAK. _____

Desidero diventare socio di DAK-Gesundheit /
Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit



a partire da / ab _____

Dati personali / Persönliche Angaben

Sig.ra/Frau Sig./Herr

Cognome, nome / Name, Vorname	Data di nascita / Geburtsdatum	Telefono / cellulare* / Telefon / Handy
Indirizzo / Anschrift		E-mail *
Numero assicurazione pensionistica / Rentenversicherungsnummer	Numero assicurazione sanitaria / Krankenversicherten-Nr.	

Compilare solo se non è disponibile alcun 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 a titolo principale / hauptberuflich selbstständig studente/studentessa / Student(in) (allegare certificato di immatricolazione) pensionato/a / richiedente pensione / Rentner(in) / Rentenantragsteller(in) (allegare eventualmente la notifica sul trattamento pensionistico ordinario)
- _____ (ad es. funzionario pubblico, casalinga, disabile grave, bambino)

Inizio attività/studi	Datore di lavoro / istituzione di educazione terziaria / Arbeitgeber / Hochschule	Indirizzo / Anschrift
	Nome / Name	

Guadagno mensile lordo / Monatl. Bruttoarbeitsentgelt _____ euro Entrate una tantum / Einmalige Einnahmen (ad es. tredicesima mensilità, gratifica per ferie) No / Nein Sì / Ja _____ euro

Detengo una partecipazione della ditta (società) / sono parente di sangue/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

Frequento / Ich studiere

- attualmente il / zurzeit im _____ semestre / Fachsemester
- un sistema duale di qualificazione professionale / 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
- Oltre allo studio esercito un'attività autonoma / Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig No / Nein Sì / Ja Le ore lavorative settimanali sono / Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ ore / Stunden

- Ho presentato una richiesta di pensione il / Ich habe einen Rentenantrag gestellt am _____ Percepisco la pensione a partire da/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 (eventualmente allegare 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 (eventualmente allegare notifica)

- obbligo di assicurazione sanitaria / Krankenversicherungspflicht obbligo di assicurazione di assistenza / Pflegeversicherungspflicht
- obbligo di assicurazione pensionistica / Rentenversicherungspflicht Il diritto all'assicurazione familiare nel mio caso decade / 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

Assicurazione obbligatoria / Pflichtversichert Assicurazione facoltativa / Freiwillig versichert

Alligare la conferma di disdetta della cassa malattia precedente. / Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse bei.

Assicurazione familiare tramite / Familienversichert über _____

Assicurazione privata / Privat versichert Soggiorno all'estero / Auslandsaufenthalt

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 versamento di ulteriori quote / Ich habe Angehörige (Ehegatte / Ehegattin / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

Le saremo grati nel caso ci voglia raccomandare – ci contatti telefonicamente /

Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an

* optional details / Freiwillige Angaben

Abbiamo bisogno dei Suoi dati personali per poter eseguire correttamente le nostre prestazioni in conformità a § 284 SGB V (Codice tedesco della sicurezza sociale 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.

Data, firma / Datum, Unterschrift

Ad uso interno di DAK. _____