

Quiero hacerme miembro de DAK-Gesundheit /  
Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit



a partir de / ab \_\_\_\_\_

#### Datos personales / Persönliche Angaben

Sra./Frau  Sr./Herr

Apellido, Nombre / Name, Vorname		Fecha de nacimiento / Geburtsdatum	Teléfono fijo / móvil * / Telefon / Handy
Dirección / Anschrift		e-mail *	
Número del seguro de pensiones / Rentenversicherungsnummer	Número del seguro de enfermedad / Krankenversicherten-Nr.		
Sólo rellenar en caso de que aún no se disponga de un número del seguro de pensiones / Nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt			
Nombre / Geburtsname	Lugar de nacimiento / Geburtsort	Nacionalidad / Staatsangehörigkeit	País natal / Geburtsland

#### Datos para la comprobación del seguro en DAK-Gesundheit / Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

##### Yo soy / Ich bin

- empleado(-a) / Arbeitnehmer(in)  aprendiz / Auszubildende(r)  parado(-a) / arbeitslos  
(Por favor, adjuntar la notificación correspondiente)
- autónomo(-a) / hauptberuflich selbstständig  estudiante / Student(in)  
(Por favor, adjuntar el certificado de matrícula)
- \_\_\_\_\_ (p. ej., funcionario, ama de casa, minusválido grave, niño)  jubilado(-a) / solicitante de la pensión como actividad principal / Rentner(in) / Rentenantragsteller(in) /  
(Por favor, adjuntar la notificación sobre el inicio de pago de la pensión, dado el caso)

Inicio del empleo / de los estudios	Empresario / universidad / Arbeitgeber / Hochschule	Dirección / Anschrift
_____	Nombre / Name	_____

- Remuneración bruta mensual / Monatl. Bruttoarbeitsentgelt \_\_\_\_\_ euros  Ingresos únicos / Einmalige Einnahmen (p. ej., paga extraordinaria, paga de vacaciones)  No / Nein  Sí / Ja \_\_\_\_\_ euros

- Tengo una participación en la empresa (sociedad) / soy pariente / familia política del empresario. / Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt / mit dem Arbeitgeber verwandt / verschwägert.

##### Yo ejerzo / Ich übe

- una actividad profesional adicional / eine weitere Beschäftigung aus  una actividad autónoma aparte / nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus  Primera vez que ejerzo una actividad profesional / Ich nehme erstmals eine Beschäftigung aus

##### Yo estoy estudiando / Ich studiere

- actualmente una / zurzeit im \_\_\_\_\_ asignatura en el semestre / Fachsemester
- dentro del marco de un estudio dual / im Rahmen eines dualen Studiums  No / Nein  Sí / Ja
- Aparte de estudiar, trabajo / Ich bin neben meinem Studium beschäftigt  No / Nein  Sí / Ja
- Aparte de estudiar, trabajo como autónomo / Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig  No / Nein  Sí / Ja  La jornada semanal de trabajo asciende a / Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ hours / Stunden

- Yo he presentado una solicitud de pensión el / Ich habe einen Renten Antrag gestellt am \_\_\_\_\_  Yo percibo una pensión a partir de / desde / Ich beziehe Rente ab/seit \_\_\_\_\_
- Yo percibo pensiones (p. ej., pensión profesional / renta) y/o he presentado una solicitud de pensión (Por favor, adjuntar la notificación correspondiente, dado el caso) / Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen)
- Yo percibo prestaciones según una ley de provisiones pasivas / Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz

##### Me han exonerado de la / Ich habe mich befreien lassen von der (Por favor, adjuntar la notificación correspondiente, dado el caso)

- obligatoriedad del seguro de enfermedad / Krankenversicherungspflicht  obligatoriedad del seguro de dependencia / Pflegeversicherungspflicht
- obligatoriedad del seguro de pensiones / Rentenversicherungspflicht  Para mí, el derecho a un seguro familiar ha expirado / está excluido / Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen / ausgeschlossen

#### Datos acerca del seguro anterior / Angaben zur Vorversicherung

En los últimos 18 meses estuve asegurado en / Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei \_\_\_\_\_ Nombre y lugar del seguro médico / Name und Ort der Krankenkasse

- Asegurado obligatoriamente / Pflichtversichert  Asegurado voluntariamente / Freiwillig versichert

Por favor, adjunte la confirmación de la rescisión del contrato de afiliación de su seguro médico anterior. / Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse bei.

- Asegurado en un seguro familiar a través de / Familienversichert über \_\_\_\_\_
- Asegurado de manera privada / Privat versichert  Estancia en el extranjero / Auslandsaufenthalt

#### Constatación de la paternidad/maternidad / Feststellung der Elterneigenschaft

- ¿Tiene un hijo (también hijastro, hijo adoptivo o hijo acogido)? / Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?
- No / Nein  Sí / Ja (Por favor, adjuntar el comprobante)

#### Datos acerca de parientes / Angaben zu Angehörigen

- Tengo parientes (esposos / esposas / hijos) que deben ser asegurados libres de contribuciones / Ich habe Angehörige (Ehegatte / Ehegattin / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

¡Recomiéndenos! Llámenos en cualquier momento. / Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an  
\* Indicaciones voluntarias / Freiwillige Angaben

Necesitamos sus datos personales (datos del Seguro Social) para que podamos realizar correctamente nuestras tareas para usted. La base para ello es el art. 284 del Código de la Seguridad Social V (SGB, por sus siglas en alemán) en combinación con el art. 206 SGB V o art. 28 SGB IV y art. 94 SGB XI en combinación con el art. 50 SGB XI. Con mucho gusto le informaremos sobre cómo protegemos sus datos.

Fecha, Firma / Datum, Unterschrift

Para uso interno de DAK. \_\_\_\_\_

Quiero hacerme miembro de DAK-Gesundheit /  
Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit



a partir de / ab \_\_\_\_\_

#### Datos personales / Persönliche Angaben

Sra./Frau  Sr./Herr

Apellido, Nombre / Name, Vorname		Fecha de nacimiento / Geburtsdatum	Teléfono fijo / móvil * / Telefon / Handy
Dirección / Anschrift		e-mail *	
Número del seguro de pensiones / Rentenversicherungsnummer	Número del seguro de enfermedad / Krankenversicherten-Nr.		
Sólo rellenar en caso de que aún no se disponga de un número del seguro de pensiones / Nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt			
Nombre / Geburtsname	Lugar de nacimiento / Geburtsort	Nacionalidad / Staatsangehörigkeit	País natal / Geburtsland

#### Datos para la comprobación del seguro en DAK-Gesundheit / Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

##### Yo soy / Ich bin

- empleado(-a) / Arbeitnehmer(in)  aprendiz / Auszubildende(r)  parado(-a) / arbeitslos  
(Por favor, adjuntar la notificación correspondiente)
- autónomo(-a) / hauptberuflich selbstständig  estudiante / Student(in)  
(Por favor, adjuntar el certificado de matrícula)
- \_\_\_\_\_ (p. ej., funcionario, ama de casa, minusválido grave, niño)  jubilado(-a) / solicitante de la pensión como actividad principal / Rentner(in) / Rentenantragsteller(in) /  
(Por favor, adjuntar la notificación sobre el inicio de pago de la pensión, dado el caso)

Inicio del empleo / de los estudios	Empresario / universidad / Arbeitgeber / Hochschule	Dirección / Anschrift
_____	Nombre / Name	_____

- Remuneración bruta mensual / Monatl. Bruttoarbeitsentgelt \_\_\_\_\_ euros  Ingresos únicos / Einmalige Einnahmen  
(p. ej., paga extraordinaria, paga de vacaciones)  No / Nein  Sí / Ja \_\_\_\_\_ euros

Tengo una participación en la empresa (sociedad) / soy pariente / familia política del empresario. /  
Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt / mit dem Arbeitgeber verwandt / verschwägert.

##### Yo ejerzo / Ich übe

- una actividad profesional adicional / eine weitere Beschäftigung aus  una actividad autónoma aparte / nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus  Primera vez que ejerzo una actividad profesional / Ich nehme erstmals eine Beschäftigung aus

##### Yo estoy estudiando / Ich studiere

- actualmente una / zurzeit im \_\_\_\_\_ asignatura en el semestre / Fachsemester
- dentro del marco de un estudio dual / im Rahmen eines dualen Studiums  No / Nein  Sí / Ja
- Aparte de estudiar, trabajo / Ich bin neben meinem Studium beschäftigt  No / Nein  Sí / Ja
- Aparte de estudiar, trabajo como autónomo / Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig  No / Nein  Sí / Ja  La jornada semanal de trabajo asciende a / Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ hours / Stunden

- Yo he presentado una solicitud de pensión el / Ich habe einen Rentenantrag gestellt am \_\_\_\_\_  Yo percibo una pensión a partir de / desde / Ich beziehe Rente ab/seit \_\_\_\_\_
- Yo percibo pensiones (p. ej., pensión profesional / renta) y/o he presentado una solicitud de pensión (Por favor, adjuntar la notificación correspondiente, dado el caso) / Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen)
- Yo percibo prestaciones según una ley de provisiones pasivas / Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz

##### Me han exonerado de la / Ich habe mich befreien lassen von der (Por favor, adjuntar la notificación correspondiente, dado el caso)

- obligatoriedad del seguro de enfermedad / Krankenversicherungspflicht  obligatoriedad del seguro de dependencia / Pflegeversicherungspflicht
- obligatoriedad del seguro de pensiones / Rentenversicherungspflicht  Para mí, el derecho a un seguro familiar ha expirado / está excluido / Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen / ausgeschlossen

#### Datos acerca del seguro anterior / Angaben zur Vorversicherung

En los últimos 18 meses estuve asegurado en / Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei \_\_\_\_\_ Nombre y lugar del seguro médico / Name und Ort der Krankenkasse

- Asegurado obligatoriamente / Pflichtversichert  Asegurado voluntariamente / Freiwillig versichert

Por favor, adjunte la confirmación de la rescisión del contrato de afiliación de su seguro médico anterior. / Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse bei.

- Asegurado en un seguro familiar a través de / Familienversichert über \_\_\_\_\_
- Asegurado de manera privada / Privat versichert  Estancia en el extranjero / Auslandsaufenthalt

#### Constatación de la paternidad/maternidad / Feststellung der Elterneigenschaft

- ¿Tiene un hijo (también hijastro, hijo adoptivo o hijo acogido)? / Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?
- No / Nein  Sí / Ja (Por favor, adjuntar el comprobante)

#### Datos acerca de parientes / Angaben zu Angehörigen

- Tengo parientes (esposo / esposa / hijos) que deben ser asegurados libres de contribuciones / Ich habe Angehörige (Ehegatte / Ehegattin / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

¡Recomiéndenos! Llámenos en cualquier momento. / Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an  
\* Indicaciones voluntarias / Freiwillige Angaben

Necesitamos sus datos personales (datos del Seguro Social) para que podamos realizar correctamente nuestras tareas para usted. La base para ello es el art. 284 del Código de la Seguridad Social V (SGB, por sus siglas en alemán) en combinación con el art. 206 SGB V o art. 28 SGB IV y art. 94 SGB XI en combinación con el art. 50 SGB XI. Con mucho gusto le informaremos sobre cómo protegemos sus datos.

Fecha, Firma / Datum, Unterschrift

Para uso interno de DAK. \_\_\_\_\_