

是, 我愿意加入DAK医疗保险
Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

起始日期/ab

请寄回:

DAK-Gesundheit
SC Vertrieb
78244 Gottmadingen
Fax: 07731 90958 7000
E-mail: aufnahme@dak.de

DAK
Gesundheit

个人信息/Persönliche Angaben

女士/Frau 先生/Herr

姓/Name	名/Vorname	出生日期/Geb.-Dt	电话/手机*/Telefon/Handy*
--------	-----------	--------------	-----------------------

街道, 号码, 邮政编码, 城市/Straße/Nr./PLZ/Ort

养老保险号/RV-Nr.	医疗保险号/KV-Nr.	电子邮件*/E-Mail*
--------------	--------------	---------------

只在尚无养老保险号码时填写

姓名/Geburtsname	出生地/Geburtsort	国籍/Staatsangehörigkeit	出生国家/Geburtsland
----------------	----------------	------------------------	------------------

DAK医疗保险机构审核信息/Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

我是/Ich bin

- 雇员/Arbeitnehmer(in) 培训生/Auszubildende(r) 失业人员/arbetslos (请附上证明)
 个体经营者/hauptberuflich selbstständig 学生/Student(in) (请附上学籍注册证明) 退休人员 / 退休金申请人/Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (请附上退休证明)
 (例如公务员、家庭主妇、重残人员、儿童)

就业开始时间/入学开始时间/
Beschäftigungs-/Studienbeginn

雇主/高校/Arbeitgeber/Hochschule
名称/Name

地址/Anschrift

• 税前月收入/
Monatl. Bruttoarbeitsentgelt 欧元

• 一次性收入/Einmalige Einnahmen
(例如第13个月工资、休假津贴) 没有/Nein 有/Ja 欧元

我在公司(企业)参股 / 与雇主是亲属关系 / 姻亲关系 / Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert

我/Ich übe

- 还从事另一份工作/
eine weitere Beschäftigung aus 除做雇员外还从事个体经营/
nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus 首次参加工作/
Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

我目前就读/Ich studiere

- 第/zurzeit im 个学期/Fachsemester 双轨制大学/im Rahmen eines dualen Studiums 没有/Nein 有/Ja
- 我在学习期间打工/Ich bin neben meinem Studium beschäftigt 没有/Nein 有/Ja } 每周工作时间/
Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt 小时/
Stunden
- 我在学习期间从事个体经营/Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig 没有/Nein 有/Ja }

我提交申请养老金的日期自/Ich habe einen Rentenantrag gestellt am 我开始领取养老金自 / 从/
Ich beziehe Rente ab/seit

我领取养老金(例如企业退休金/退休金), 或已申请养老金(请附上证明)。/
Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (bitte ggf. Bescheid beifügen)

我现在根据养老法领取养老金/Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz

我无需缴纳/Ich habe mich befreien lassen von der (请附上证明)

- 医疗保险/Krankenversicherungspflicht 养老保险/Rentenversicherungspflicht 医疗护理保险/Pflegeversicherungspflicht
- 我的家庭成员保险资格已作废/没有资格申请。/Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen.

在此之前投保的保险信息/Angaben zur Vorversicherung

我以前/
Ich war zuletzt 自/vom 至/bis 在/
bei der 保险公司名称和地址/Name und Ort der Krankenkasse

强制保险/
pflichtversichert 自愿保险/
freiwillig versichert 通过亲属参加家庭成员保险/
familienversichert über 主投保人姓名/Name des Hauptversicherten

私人保险/privat versichert 居住在国外/Auslandsaufenthalt

请附上该保险公司解约确认证明

确定父母身份/Feststellung der Elterneigenschaft

您是否有子女(包括继养、收养或寄养的孩子)?/
Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?

没有/Nein 有/Ja (请附上证明)

家庭成员情况/Angaben zu Angehörigen

我有符合免费参保条件的家庭成员(配偶/子女)。/
Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

欢迎您推荐本保险机构 - 请致电我们。/Empfehlen Sie uns gerne weiter - rufen Sie uns an. 日期, 签名/Datum, Unterschrift

*自愿填写信息

我们需要您提供个人信息(社保信息), 以便更好地处理您的申请。其依据是德国«社会法典»第五卷(SGB V)第284条、第206条或第四卷第28条、第十一卷第94条和第十一卷第50条。我们非常愿意为您提供就保护您个人信息所采取的相关措施。



更多好的理由 选择一家优秀的医疗保险公司。

如果您还不是DAK医疗保险的成员，那么你现在加入，选择一家为您提供更多服务的
保险公司 – 为您的健康提早做好准备：

最佳的保险项目

- 保持健康，
例如我们的在线咨询
- 恢复健康
例如专家网络



最佳的服务

- 例如我们针对儿科和运动医学问题的24小时服务热线



最佳的奖励计划

- 例如奖励成员采取健康和积极的生活方式
- 例如DAK junior AktivBonus以现金方式奖励，鼓励孩子健康成长



DAK医疗保险服务中心为您提供更多高品质的服务，
电话垂询06 21 5490-1961或www.dak.de

DAK
Gesundheit