

Oui, je choisis d'adhérer à DAK-Gesundheit
Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit
à partir du/ab _____

À renvoyer à :

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



Renseignements personnels/Persönliche Angaben

Madame/Frau Monsieur/Herr

Nom/Name	Prénom/Vorname	Date de naissance/ Geburtsdatum	Téléphone/portable*/Telefon/Handy*
Rue, N°, Code postal, Ville/Straße/ Nr./PLZ/Ort			
Numéro d'assurance retraite/RV-Nr.	N° d'assuré maladie/KV-Nr.	E-Mail*/E-Mail*	

À remplir uniquement si vous n'avez pas encore de numéro d'assurance retraite

Nom de naissance/Geburtsname	Lieu de naissance/Geburtsort	Nationalité/Staatsangehörigkeit	Pays de naissance/Geburtsland
------------------------------	------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

Renseignements servant à DAK-Gesundheit pour vérifier votre assurance/Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

Je suis/Ich bin

- salarié(e)/Arbeitnehmer(in) apprenti(e)/en formation/Auszubildende(r) sans emploi/arbeitslos (prière de joindre l'attestation)
 travailleur(euse) indépendant(e) à titre principal/
hauptberuflich selbstständig étudiant(e)/Student(in)
(prière de joindre le certificat d'inscription) retraité(e)/demandeur(euse) de retraite/Rentner(in)/Rentenantragsteller(in)
(prière de joindre l'attestation de retraite le cas échéant)
 _____ (ex. fonctionnaire, femme au foyer, handicapé(e) sévère, enfant)

Début d'activité/des études/
Beschäftigungs-/Studienbeginn

Employeur/établissement d'enseignement supérieur/Arbeitgeber/Hochschule

Nom/Name Adresse/Anschrift

- Rémunération mensuelle brute/
Monatl. Bruttoarbeitsentgelt _____ € Revenus exceptionnels/Einmalige Einnahmen non/
Nein oui/
Ja _____ €
(ex. 13ème mois, prime de congés payés)
 Je dispose d'une participation dans l'entreprise (société)/j'ai un lien de parenté/par alliance avec l'employeur/
Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert

J'exerce/Ich übe

- une autre activité/
eine weitere Beschäftigung aus une activité indépendante en parallèle/
nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus J'occupe un emploi pour la première fois/
Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

Je suis étudiant(e)/Ich studiere

- actuellement dans mon/zurzeit im _____ semestre dans ma spécialité/Fachsemester dans le cadre d'un programme en alternance/
im Rahmen eines dualen Studiums non/
Nein oui/
Ja
• Je travaille parallèlement à mes études/Ich bin neben meinem Studium beschäftigt non/Nein oui/Ja
• Je suis travailleur(euse) indépendant(e) parallèlement à mes études/
Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig non/Nein oui/Ja } • Mon temps de travail hebdomadaire s'élève à/
Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ heures/
Stunden

- J'ai déposé une demande de pension le/Ich habe einen Rentenantrag gestellt am _____ Je perçois une pension à partir
de/depuis/Ich beziehe Rente ab/seit _____
 Je perçois des allocations (ex. rente d'entreprise/pension) ou j'ai déposé une demande d'allocations (prière de joindre l'attestation le cas échéant!/
Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (bitte ggf. Bescheid beifügen)
 Je bénéficie de prestations en vertu de la loi sur les pensions/Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz

J'ai obtenu une exemption de/Ich habe mich befreien lassen von der (Prière de joindre l'attestation, le cas échéant)

- l'obligation d'assurance maladie/Krankenversicherungspflicht l'obligation d'assurance retraite/Rentenversicherungspflicht l'obligation d'assurance dépendance/
Pflegeversicherungspflicht
 Mon droit à une assurance familiale est éteint/exclu/Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen

Renseignements concernant mon assurance jusqu'à présent/Angaben zur Vorversicherung

J'étais auparavant/ du/vom _____ au/bis _____ auprès de/
Ich war zuletzt _____ bei der _____ nom et lieu de l'assurance maladie/Name und Ort der Krankenkasse

- assuré(e) au titre d'une
assurance obligatoire/
pflichtversichert assuré(e) au titre d'une
assurance facultative/
freiwillig versichert

*Veillez joindre la confirmation de résiliation de
votre précédente assurance maladie*

- assuré(e) dans le cadre d'un rattachement à/
familierversichert über _____ Nom de l'assuré(e) principal(e)/Name des Hauptversicherten
 assuré(e) au titre d'une assurance privée/
privat versichert Séjour à l'étranger/Auslandsaufenthalt

Constatation de parentalité/Feststellung der Elterneigenschaft

Avez-vous un enfant (y compris beau-fils/belle-fille, enfant adopté ou placé)?/

Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?

- non/Nein oui/Ja (prière de joindre un justificatif)

Renseignements concernant les proches/Angaben zu Angehörigen

- J'ai des proches (époux/épouse/enfants) qui doivent être rattachés à mon assurance
sans cotisation supplémentaire/Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin, Kinder),
die beitragsfrei mitversichert werden sollen

N'hésitez pas à nous recommander – appelez-nous/Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an

Date, signature/Datum, Unterschrift

* Renseignements facultatifs

Nous avons besoin de vos renseignements personnels (données sociales) pour pouvoir remplir correctement nos missions vous concernant. Nous nous appuyons à cet égard sur le § 284 du Sozialgesetzbuch (code allemand de la sécurité sociale) V (SGB V) en liaison avec le § 206 SGB V ou le § 28 ou SGB IV et § 94 SGB XI en liaison avec le § 50 SGB XI. Nous vous informons volontiers sur la façon dont nous protégeons vos données.



Les bonnes raisons ne manquent pas. Pour une assurance maladie d'excellence.

Si vous n'avez pas encore adhéré à DAK-Gesundheit, n'attendez plus et optez dès aujourd'hui pour une assurance maladie, qui vous en offre plus – **prévoyant pour votre santé** :

Des prestations de top qualité

- pour rester en bonne santé,
ex. nos coachings en ligne
- pour retrouver la santé,
ex. le réseau de spécialistes



Des services de top qualité

- ex. nos **hot-lines 24 heures sur 24** sur les thèmes de la pédiatrie et de la médecine du sport



Des programmes de bonus au top

- ex. avec des **récompenses** de grande valeur pour un mode de vie sain et actif
- ex. **DAK junior Aktiv Bonus** avec une belle prime en espèces pour grandir en bonne santé



Pour en savoir plus sur la top qualité de
DAK-Gesundheit, contactez votre centre
info-service, le 040 325 325 555 ou sur www.dak.de

DAK
Gesundheit