

# Aderire è semplicissimo:

- 1 Stampare la domanda di ammissione.
- 2 Inserire i propri dati personali e firmare il modulo.
- 3 Inviare la domanda di ammissione compilata

per posta a:



**DAK-Gesundheit**  
**SC Vertrieb**  
**78244 Gottmadingen**

(DAK-Gesundheit si fa carico dell'affrancatura per voi)

o via fax a:



**07731 90958 7000**

oppure per e-mail a:



**aufnahme@dak.de**

- 4 Riceverete al più presto l'attestato di adesione e la vostra nuova tessera d'assicurato da DAK-Gesundheit.
- 5 Fatto! Da questo momento potete beneficiare degli eccellenti vantaggi offerti da DAK-Gesundheit.

**DAK**  
Gesundheit



Porto  
zahlt  
Empfänger

Antwort

**DAK-Gesundheit**  
SC Vertrieb  
78244 Gottmadingen

Sì, desidero aderire a DAK-Gesundheit/Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

a partire da/ab \_\_\_\_\_

**Dati personali/Persönliche Angaben**

Signora/Frau  Signor/Herr

Cognome, nome/Name, Vorname		Data di nascita/Geburtsdatum	Telefono/Cellulare */Telefon/Handy *
Indirizzo/Anschrift			E-mail */E-Mail *
Numero di assicurazione pensionistica/Rentenversicherungsnummer		Numero di assicurazione sanitaria/Krankenversicherten-Nr.	
Compilare solo se non c'è ancora un 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 come professione principale/hauptberuflich selbstständig   
  studente/studentessa/Student(in) (allegare certificato di immatricolazione)   
  pensionato/a/richiedente pensione/Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (eventualmente allegare la notifica sul trattamento pensionistico)  
 \_\_\_\_\_ (ad es. impiegato pubblico, casalinga, disabile grave, bambino)

Inizio attività /studi/ Beschäftigungs-/ Studienbeginn \_\_\_\_\_ Datore di lavoro/istituto di livello universitario/Arbeitgeber/Hochschule \_\_\_\_\_

Nome/Name \_\_\_\_\_ Indirizzo/Anschrift \_\_\_\_\_

- retribuzione mensile lorda/monatl. Bruttoarbeitsentgelt \_\_\_\_\_ €   
  entrate una tantum/einmalige Einnahmen (ad es. tredicesima mensilità, gratifica per ferie) \_\_\_\_\_ €   
  no/nein     sì/ja \_\_\_\_\_ €  
 Detengo una partecipazione alla ditta (società)/sono parente consanguineo/acquisito del datore di lavoro./ Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.

**Esercizio/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 \_\_\_\_\_

**Studio/Ich studiere**

- attualmente al/zurzeit im \_\_\_\_\_ semestre/Fachsemester   
  nel quadro di un sistema duale con formazione professionale pratica/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   
  L'orario settimanale di lavoro è di/ 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/Ich beziehe Rente ab/seit \_\_\_\_\_  
 Ricevo un trattamento pensionistico (ad es. pensione aziendale, pensione per dipendenti pubblici) oppure ho fatto richiesta di trattamento pensionistico (allegare eventuale 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 \_\_\_\_\_ (allegare eventuale notifica)**

- obbligo di assicurazione sanitaria/Krankenversicherungspflicht   
  obbligo di assicurazione pensionistica/Rentenversicherungspflicht   
  obbligo di assicurazione di assistenza/Pflegeversicherungspflicht  
 Il diritto all'assicurazione familiare nel mio caso è decaduto/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   
  assicurazione familiare tramite/familierversichert über \_\_\_\_\_ Nome dell'assicurato principale/Name des Hauptversicherten \_\_\_\_\_  
 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 versare ulteriori quote/ Ich habe Angehörige (Ehegatte(-in) / Kinder), die beitragsfreimitversichert werden sollen.

Consigliate il nostro nome – Telefonateci/Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

Data, firma/Datum, Unterschrift

\* Dati facoltativi/\* freiwillige Angaben

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

**Copia per il/la richiedente**

Sì, desidero aderire a DAK-Gesundheit/Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

a partire da/ab \_\_\_\_\_

**Dati personali/Persönliche Angaben**
 Signora/Frau     Signor/Herr

Cognome, nome/Name, Vorname		Data di nascita/Geburtsdatum	Telefono/Cellulare */Telefon/Handy *
Indirizzo/Anschrift			E-mail */E-Mail *
Numero di assicurazione pensionistica/Rentenversicherungsnummer		Numero di assicurazione sanitaria/Krankenversicherten-Nr.	
Compilare solo se non c'è ancora un 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 come professione principale/hauptberuflich selbstständig     studente/studentessa/Student(in) (allegare certificato di immatricolazione)     pensionato/a/ricediante pensione/Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (eventualmente allegare la notifica sul trattamento pensionistico)  
 \_\_\_\_\_ (ad es. impiegato pubblico, casalinga, disabile grave, bambino)

Inizio attività /studi/ Beschäftigungs-/ Studienbeginn	Datore di lavoro/istituto di livello universitario/Arbeitgeber/Hochschule
Nome/Name	Indirizzo/Anschrift

- retribuzione mensile lorda/monatl. Bruttoarbeitsentgelt \_\_\_\_\_ €     entrate una tantum/einmalige Einnahmen (ad es. tredicesima mensilità, gratifica per ferie) \_\_\_\_\_ €     no/nein     sì/ja  
 Detengo una partecipazione alla ditta (società)/sono parente consanguineo/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

**Studio/Ich studiere**

- attualmente al/zurzeit im \_\_\_\_\_ semestre/Fachsemester     nel quadro di un sistema duale con formazione professionale pratica/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     L'orario settimanale di lavoro è di/ 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/ich beziehe Rente ab/seit \_\_\_\_\_  
 Ricevo un trattamento pensionistico (ad es. pensione aziendale, pensione per dipendenti pubblici) oppure ho fatto richiesta di trattamento pensionistico (allegare eventuale 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** (allegare eventuale notifica)

- obbligo di assicurazione sanitaria/Krankenversicherungspflicht     obbligo di assicurazione pensionistica/Rentenversicherungspflicht     obbligo di assicurazione di assistenza/Pflegeversicherungspflicht  
 Il diritto all'assicurazione familiare nel mio caso è decaduto/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 \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Assicurazione obbligatoria/pflichtversichert <input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa/freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> assicurazione familiare tramite/familierversichert über _____ <input type="checkbox"/> assicurazione privata/privat versichert <input type="checkbox"/> Soggiorno all'estero/Auslandsaufenthalt
--	--

Nome dell'assicurato principale/Name des Hauptversicherten \_\_\_\_\_

**Allegare la conferma di disdetta della cassa malattia precedente****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 versare ulteriori quote/ Ich habe Angehörige (Ehegatte(-in) / Kinder), die beitragsfreimitversichert werden sollen.

Consigliate il nostro nome – Telefonateci/Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

Data, firma/Datum, Unterschrift

\* Dati facoltativi/\* freiwillige Angaben

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