

Sí, opto por la afiliación a DAK-Gesundheit
Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

A partir del/ab _____

Enviar a:

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

DAK
Gesundheit

Datos personales/Persönliche Angaben

Sra./Frau Sr./Herr

Apellido(s)/Name	Nombre/Vorname	Fecha de nacimiento/ Geburtsdatum	Teléfono/Móvil*/Telefon/Handy*
_____	_____	_____	_____
Calle, N°, C.P., Localidad/Straße/Nr./PLZ/Ort			

Número de seguro de pensiones/RV-Nr.	N° titular seguro de enfermedad/KV-Nr.	E-mail*/E-Mail*	
_____	_____	_____	

Cumplimentar solo en caso de que aún no exista n° de seguro de pensiones

Apellido de soltero/a/Geburtsname	Lugar de nacimiento/Geburtsort	Nacionalidad/Staatsangehörigkeit	País de nacimiento/Geburtsland
_____	_____	_____	_____

Datos para la comprobación de seguro por parte de DAK-Gesundheit/Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

Soy/Ich bin

- Empleado/a/Arbeitnehmer(in) Aprendiz/Auszubildende(r) Desempleado/a/arbeitslos (adjuntar el certificado pertinente)
 Principalmente autónomo/a/
hauptberuflich selbstständig Estudiante universitario/a/Student(in) Jubilado/a/Solicitante de jubilación/Rentner(in)/Rentenantragsteller(in)
(adjuntar el resguardo de matriculación) (adjuntar el certificado de jubilación)
 _____ (p. ej. funcionario, ama de casa, persona con discapacidad grave, niño)

Fecha de inicio de empleo/estudios/
Beschäftigungs-/Studienbeginn

Empleador/Universidad/Arbeitgeber/Hochschule

Apellidos/Name	Dirección/Anschrift
_____	_____

- Salario bruto mensual/
Monatl. Bruttoarbeitsentgelt _____ euros Ingresos únicos/Einmalige Einnahmen _____ euros No/Nein Sí/Ja _____ euros
(P. ej., paga extra, paga de vacaciones)
- Soy socio de la empresa (sociedad)/Soy pariente familiar/por afinidad del empleador/Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert

Tengo/Ich übe

- Otro empleo adicional/
eine weitere Beschäftigung aus Además, un trabajo como autónomo adicional/
nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus Tengo un empleo por primera vez/
Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

Estudio/Ich studiere

- Actualmente en mi semestre n°/zurzeit im Fachsemester _____ En el marco de una carrera dual/
im Rahmen eines dualen Studiums No/Nein Sí/Ja
- Estudio y además trabajo como empleado/Ich bin neben meinem Studium beschäftigt No/Nein Sí/Ja } • El tiempo de trabajo semanal asciende a/ _____ horas/
Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden
- Estudio y además trabajo como autónomo/
Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig No/Nein Sí/Ja

- Presenté una solicitud de jubilación el/Ich habe einen Rentenantrag gestellt am _____ Recibo mi jubilación a partir de/desde/
Ich beziehe Rente ab/seit _____
- Recibo pensiones (p. ej. pensión complementaria/pensión) o bien las he solicitado (adjuntar certificados pertinentes)/
Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (bitte ggf. Bescheid beifügen)
- Recibo prestaciones según una ley de pensiones./Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz

Estoy exento del/Ich habe mich befreien lassen von der (Adjuntar el certificado pertinente)

- Seguro de enfermedad/Krankenversicherungspflicht Seguro de pensiones/Rentenversicherungspflicht Seguro de dependencia/Pflegeversicherungspflicht
- Para mí el derecho de recibir un seguro familiar se ha extinguido/excluido./Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen.

Datos sobre el seguro anterior/Angaben zur Vorversicherung

La última vez que estuve asegurado fue/ Ich war zuletzt _____ del/vom _____ al/bis _____ en/ bei der _____ Nombre y localidad de la caja de seguro de enfermedad/Name und Ort der Krankenkasse

- a título obligatorio/
pflichtversichert a título voluntario/
freiwillig versichert
- Con el seguro familiar de/
familienversichert über _____ Nombre del afiliado principal/Name des Hauptversicherten
- Con seguro privado/
privat versichert Estancia en el extranjero/Auslandsaufenthalt
- Adjunte la confirmación de rescisión de la caja de seguro a la que ha pertenecido hasta ahora.

Determinación de condición de padres/Feststellung der Elterneigenschaft

¿Tiene un hijo (también hijastro, hijo adoptivo o niño de acogida)?/
Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?
 No/Nein Sí/Ja (Adjuntar la documentación pertinente)

Datos sobre familiares/Angaben zu Angehörigen

- Tengo familiares (cónyuge/hijos), que deben ser asegurados gratuitamente, en el régimen familiar./Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

Recomiéndenos a otros y llámenos./Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

Fecha, firma/Datum, Unterschrift

*Datos voluntarios

Requerimos sus datos personales (datos sociales) para poder realizar nuestro trabajo correctamente para usted. La base para hacerlo es el Art. 284 del Código social alemán V (SGB V) combinado con el Art. 206 SGB V o el Art. 28 o SGB IV y el Art. 94 SGB XI combinados con el Art. 50 SGB XI. Le informaremos gustosamente sobre cómo protegemos sus datos.



Numerosos buenos motivos. Para un seguro de enfermedad excelente.

Si aún no está afiliado a DAK-Gesundheit, hágalo ahora y opte por un seguro de enfermedad que le ofrece mucho más. **Previsión para su salud:**

Prestaciones de primera

- para seguir estando sano, p. ej. nuestros coachings online
- para sanar, p. ej. la red de especialistas



Servicios de primera

- p. ej., nuestras **líneas de 24 horas** sobre pediatría y medicina deportiva



Programas de bonificación de primera

- p. ej., con valiosas **recompensas** por una forma de vida sana y activa
- p. ej., **DAK junior AktivBonus** con una estupenda bonificación en metálico por crecer sano



Más información sobre la excelente calidad de
DAK-Gesundheit en su Centro de servicios,
llamando al **040 325 325 555** o en **www.dak.de**

DAK
Gesundheit