

Ja, ich möchte Mitglied der DAK-Gesundheit werden

ab \_\_\_\_\_

### Persönliche Angaben

 Frau  Herr

Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon / Handy *
Straße		Nr.	PLZ
Ort			
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherten-Nr.	E-Mail *	
nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt			
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Geburtsland

### Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

#### Ich bin

- Arbeitnehmer(in)  Auszubildende(r)  arbeitslos (Bitte Bescheid beifügen)  
 hauptberuflich selbstständig  Student(in) (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)  Rentner(in) / Rentenantragsteller(in) (Bitte ggf. Rentenbescheid beifügen)  
 \_\_\_\_\_ (z.B. Beamter, Hausfrau, Schwerbehinderter, Kind)

Beschäftigungs-/ Studienbeginn

Arbeitgeber / Hochschule

Name

Anschrift

- monatl. Bruttoarbeitsentgelt \_\_\_\_\_ Euro  einmalige Einnahmen (z. B. 13. Monatsgehalt, Urlaubsgeld)  nein  ja \_\_\_\_\_ Euro  
 Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt / mit dem Arbeitgeber verwandt / verschwägert.

#### Ich übe

- eine weitere Beschäftigung aus  nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus  Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

#### Ich studiere

- zurzeit im \_\_\_\_\_ Fachsemester  im Rahmen eines dualen Studiums  nein  ja  
 Ich bin neben meinem Studium beschäftigt  nein  ja  die wöchentliche Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ Stunden  
 Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig  nein  ja

- Ich habe einen Rentenantrag gestellt am \_\_\_\_\_  Ich beziehe Rente ab/seit \_\_\_\_\_  
 Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen).  
 Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz.

#### Ich habe mich befreien lassen von der (Bitte ggf. Bescheid beifügen)

- Krankenversicherungspflicht  Rentenversicherungspflicht  Pflegeversicherungspflicht  
 Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen / ausgeschlossen.

### Angaben zur Vorversicherung

Ich war zuletzt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei der \_\_\_\_\_ Name und Ort der Krankenkasse

 pflichtversichert  freiwillig versichert

Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse bei.

 familienversichert über \_\_\_\_\_

 privat versichert

Name des Hauptversicherten

 Auslandsaufenthalt

### Feststellung der Elterneigenschaft

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

 nein  ja (Bitte Nachweis beifügen)

### Angaben zu Angehörigen

 Ich habe Angehörige (Ehegatte(-in) / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

\* freiwillige Angaben

Datum, Unterschrift

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 206 SGB V oder § 28 o SGB IV und § 94 SGB XI in Verbindung mit § 50 SGB XI. Wir informieren Sie gern, wie wir Ihre Daten schützen.

## Ausfertigung für Ihre Unterlagen

Bitte zurück an:

DAK-Gesundheit

**DAK**  
Gesundheit

Ja, ich möchte Mitglied der DAK-Gesundheit werden

ab \_\_\_\_\_

### Persönliche Angaben

Frau  Herr

Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon / Handy *
_____	_____	_____	_____
Straße	Nr.	PLZ	Ort
_____	_____	_____	_____
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherten-Nr.	E-Mail *	
_____	_____	_____	
nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt			
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Geburtsland
_____	_____	_____	_____

### Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

#### Ich bin

- Arbeitnehmer(in)  Auszubildende(r)  arbeitslos (Bitte Bescheid beifügen)
- hauptberuflich selbstständig  Student(in) (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)  Rentner(in) / Rentenantragsteller(in) (Bitte ggf. Rentenbescheid beifügen)
- \_\_\_\_\_ (z.B. Beamter, Hausfrau, Schwerbehinderter, Kind)

Beschäftigungs-/ Arbeitgeber / Hochschule  
Studienbeginn

Name	Anschrift
_____	_____

- monatl. Bruttoarbeitsentgelt \_\_\_\_\_ Euro  einmalige Einnahmen (z. B. 13. Monatsgehalt, Urlaubsgeld)  nein  ja \_\_\_\_\_ Euro
- Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt / mit dem Arbeitgeber verwandt / verschwägert.

#### Ich übe

- eine weitere Beschäftigung aus  nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus  Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

#### Ich studiere

- zurzeit im \_\_\_\_\_ Fachsemester  im Rahmen eines dualen Studiums  nein  ja
- Ich bin neben meinem Studium beschäftigt  nein  ja  die wöchentliche Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ Stunden
- Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig  nein  ja

- Ich habe einen Rentenantrag gestellt am \_\_\_\_\_  Ich beziehe Rente ab/seit \_\_\_\_\_
- Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen).
- Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz.

#### Ich habe mich befreien lassen von der (Bitte ggf. Bescheid beifügen)

- Krankenversicherungspflicht  Rentenversicherungspflicht  Pflegeversicherungspflicht
- Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen / ausgeschlossen.

### Angaben zur Vorversicherung

Ich war zuletzt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei der \_\_\_\_\_ Name und Ort der Krankenkasse

pflichtversichert  freiwillig versichert

Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse bei.

familienversichert über \_\_\_\_\_

privat versichert

Name des Hauptversicherten

Auslandsaufenthalt

### Feststellung der Elterneigenschaft

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

nein  ja (Bitte Nachweis beifügen)

### Angaben zu Angehörigen

Ich habe Angehörige (Ehegatte(-in) / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

\* freiwillige Angaben

Datum, Unterschrift

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 206 SGB V oder § 28 o SGB IV und § 94 SGB XI in Verbindung mit § 50 SGB XI. Wir informieren Sie gern, wie wir Ihre Daten schützen.