

原件提交给 DAK 医疗保险机构



是的,我想成为 DAK 医疗保险机构的成员/Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

起始日期/ab _____

个人信息/Persönliche Angaben

 女士/Frau 先生/Herr

姓,名/Name, Vorname		出生日期/Geburtsdatum	电话 / 手机 */Telefon/Handy *
地址/Anschrift		电子邮件 */E-Mail *	
养老保险号/Rentenversicherungsnummer	医疗保险号/Krankenversicherten-Nr.		
只有当尚无养老保险号时才需填写/nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt			
出生姓氏/Geburtsname	出生地点/Geburtsort	国籍/Staatsangehörigkeit	出生地所在国家/Geburtsland

供提交给 DAK 医保机构进行审查的陈述/Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

我是/Ich bin

- 雇员/Arbeitnehmer(in) 培训生/Auszubildende(r) 失业者/arbeitslos (请附上证明)
 个体经营者/hauptberuflich selbstständig 大学生/studentka (请附上学籍注册证明) 退休人员 / 退休申请人/Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (可能的话,请附上退休证明)
 _____ (例如政府官员、家庭主妇、重残人员、儿童)

工作开始时间/ 入学时间/ Beschäftigungs-/Studienbeginn	雇主 / 高校/Arbeitgeber/Hochschule 名称/Name	地址/Anschrift
--	---	--------------

- 月收入/monatl. Bruttoarbeitsentgelt _____ € 一次性收入/einmalige Einnahmen (例如第 13 个月的工资, 休假津贴) _____ € 否/nein 是/ja
 我在该公司参股 / 与雇主是亲戚 / 有姻亲关系。/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 还额外从事个体经营/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 否/nein 是/ja
 我一边上大学, 一边工作/Ich bin neben meinem Studium beschäftigt 否/nein 是/ja 每周的工作时间为/ die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ 小时/ _____ Stunden
 我一边上大学, 一边从事个体经营/Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig 否/nein 是/ja
 我已经向以下机构提交了养老金领取申请书/Ich habe einen Rentenantrag gestellt am _____ 我从以下时间开始领取养老金/ Ich beziehe Rente ab/seit _____
 我目前领取抚恤金 (例如企业养老金/退休金) 或者已经申请了抚恤金 (可能的话请附上证明)。/ Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen).
 我现在根据抚恤金法领取抚恤金。/Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz.

我被豁免以下义务/Ich habe mich befreien lassen von der (可能的话请附上证明)

- 医疗保险义务/Krankenversicherungspflicht 养老保险义务/Rentenversicherungspflicht 护理保险义务/Pflegeversicherungspflicht
 我不再有 / 没有资格享受家庭保险。/Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen.

有关此前保险情况的说明/Angaben zur Vorversicherung

我过去 18 个月在以下机构投保/ Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei _____ 保险机构的名称和地址/Name und Ort der Krankenkasse

<input type="checkbox"/> 强制保险/pflichtversichert <input type="checkbox"/> 自愿保险/freiwillig versichert 请附上该前保险机构的解约确认书。	<input type="checkbox"/> 通过以下亲属参加家庭保险/ familienversichert über _____ 主投保人姓名/Name des Hauptversicherten <input type="checkbox"/> 私人保险/privat versichert <input type="checkbox"/> 居住在国外/Auslandsaufenthalt
---	--

确定父母身份/Feststellung der Elterneigenschaft

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

- 否/nein 是/ja (请附上证明)

家属情况说明/Angaben zu Angehörigen

- 我有符合免费参保条件的附带家属 (丈夫/妻子/子女)。/Ich habe Angehörige (Ehegatte(-in) / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

欢迎您向他人推荐本机构 — 请致电我们。/Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

日期, 签名/Datum, Unterschrift

* 自愿提供的信息/* freiwillige Angaben

为能准确处理您的事务, 我们需要您的个人信息 (社保信息)。其依据是德国《社会法典》第五版 (SGB V) 第 284 条和第 206 条, 或者德国《社会法典》第四版 (SGB IV) 第 28 条第 o 款以及德国《社会法典》第十一版 (SGB XI) 第 94 条和第 50 条。我们乐于向您介绍我们对个人信息实施的保护办法。

是的,我想成为 DAK 医疗保险机构的成员/Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

起始日期/ab _____

个人信息/Persönliche Angaben

女士/Frau 先生/Herr

姓,名/Name, Vorname		出生日期/Geburtsdatum	电话 / 手机 */Telefon/Handy *
地址/Anschrift		电子邮件 */E-Mail *	
养老保险号/Rentenversicherungsnummer	医疗保险号/Krankenversicherten-Nr.		
只有当尚无养老保险号时才需填写/nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt			
出生姓氏/Geburtsname	出生地点/Geburtsort	国籍/Staatsangehörigkeit	出生地所在国家/Geburtsland

供提交给 DAK 医保机构进行审查的陈述/Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

我是/Ich bin

- 雇员/Arbeitnehmer(in) 培训生/Auszubildende(r) 失业者/arbeitslos (请附上证明)
 个体经营者/hauptberuflich selbstständig 大学生/studentka (请附上学籍注册证明) 退休人员 / 退休申请人/Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (可能的话,请附上退休证明)
 _____ (例如政府官员、家庭主妇、重残人员、儿童)

工作开始时间/ 入学时间/ Beschäftigungs-/Studienbeginn	雇主 / 高校/Arbeitgeber/Hochschule 名称/Name	地址/Anschrift
--	---	--------------

- 月收入/monatl. Bruttoarbeitsentgelt _____ € 一次性收入/einmalige Einnahmen (例如第 13 个月的工资, 休假津贴) _____ € 否/nein 是/ja
 我在该公司参股 / 与雇主是亲戚 / 有姻亲关系。/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 还额外从事个体经营/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 否/nein 是/ja
 我一边上大学, 一边工作/Ich bin neben meinem Studium beschäftigt 否/nein 是/ja 每周的工作时间为/ die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ 小时/ _____ Stunden
 我一边上大学, 一边从事个体经营/Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig 否/nein 是/ja
 我已经向以下机构提交了养老金领取申请书/Ich habe einen Rentenantrag gestellt am _____ 我从以下时间开始领取养老金/ Ich beziehe Rente ab/seit _____
 我目前领取抚恤金 (例如企业养老金/退休金) 或者已经申请了抚恤金 (可能的话请附上证明)。/ Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen).
 我现在根据抚恤金法领取抚恤金。/Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz.

我被豁免以下义务/Ich habe mich befreien lassen von der _____ (可能的话请附上证明)

- 医疗保险义务/Krankenversicherungspflicht 养老保险义务/Rentenversicherungspflicht 护理保险义务/Pflegeversicherungspflicht
 我不再有 / 没有资格享受家庭保险。/Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen.

有关此前保险情况的说明/Angaben zur Vorversicherung

我过去 18 个月在以下机构投保/ Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei _____ 保险机构的名称和地址/Name und Ort der Krankenkasse

<input type="checkbox"/> 强制保险/pflichtversichert <input type="checkbox"/> 自愿保险/freiwillig versichert 请附上该前保险机构的解约确认书。	<input type="checkbox"/> 通过以下亲属参加家庭保险/ familienversichert über _____ 主投保人姓名/Name des Hauptversicherten <input type="checkbox"/> 私人保险/privat versichert <input type="checkbox"/> 居住在国外/Auslandsaufenthalt
---	--

确定父母身份/Feststellung der Elterneigenschaft

您是否有子女 (也包括继养、领养的孩子或寄养的孩子)?/ Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?
 否/nein 是/ja (请附上证明)

家属情况说明/Angaben zu Angehörigen

我有符合免费参保条件的附带家属 (丈夫/妻子/子女)。/Ich habe Angehörige (Ehegatte(-in) / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

欢迎您向他人推荐本机构 — 请致电我们。/Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

日期, 签名/Datum, Unterschrift

* 自愿提供的信息 /* freiwillige Angaben

为能准确处理您的事务, 我们需要您的个人信息 (社保信息)。其依据是德国《社会法典》第五版 (SGB V) 第 284 条和第 206 条, 或者德国《社会法典》第四版 (SGB IV) 第 28 条第 0 款以及德国《社会法典》第十一版 (SGB XI) 第 94 条和第 50 条。我们乐于向您介绍我们对个人信息实施的保护办法。