

Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit
ab _____

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name, Vorname		Geburtsdatum	Telefon / Handy *
Anschrift		E-Mail *	
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherten-Nr.	Bei Adressänderung darf die Deutsche Post AG meine neue Anschrift an die DAK-Gesundheit weiterleiten.	
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) Rentner(in) / Rentenantragsteller(in)
 _____ (z.B. Beamter, Hausfrau, Schwerbehinderter, Kind) (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen) (Bitte ggf. Rentenbescheid beifügen)

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 in den letzten 18 Monaten versichert bei _____ Name und Ort der Krankenkasse

pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert über _____ Name des Hauptversicherten

Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse
 liegt bei wird nachgereicht

Nur mit dieser Kündigungsbestätigung kann Ihre Mitgliedschaft bei der DAK-Gesundheit beginnen.

privat versichert
 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.

Partnernummer

Datum, Unterschrift

