

Ausfertigung für Antragsteller(in)



Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

ab _____

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name, Vorname		Geburtsdatum	Telefon / Handy *
Anschritt		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) / Rentenanspruchsteller(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
- Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig nein ja die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden

Ich habe einen Rentenanspruch 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

2	-	0	1	1	2	1	7	2			
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--

Datum, Unterschrift _____