

I want to be a member of DAK-Gesundheit /  
Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit



from / ab \_\_\_\_\_

**Personal details / Persönliche Angaben**

Partner Nr: 0012213

Mrs/Ms/Frau  Mr/Herr

Surname, first name / Name, Vorname	Date of birth / Geburtsdatum	Phone / mobile* / Telefon / Handy	
Address / Anschrift	e-mail *		
National Insurance number / Rentenversicherungsnummer	Health insurance number / Krankenversicherten-Nr.		
Only fill in if you do not yet have a National Insurance number. / Nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt			
Maiden name / Geburtsname	Place of birth / Geburtsort	Nationality / Staatsangehörigkeit	Country of birth / Geburtsland

**Information to verify the insurance at DAK-Gesundheit / Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit**

**I am / Ich bin**

- employee / Arbeitnehmer(in)  apprentice / Auszubildende(r)  unemployed / arbeitslos (please enclose notification)
- full-time self-employed / hauptberuflich selbstständig  student / Student(in) (please enclose certificate of enrolment)  pensioner / pension applicant / Rentner(in) / Rentenantragsteller(in) (please enclose pension approval certificate)
- \_\_\_\_\_ (e.g. civil servant, housewife, severely disabled, child)

Start of employment / studies	Employer / university / Arbeitgeber / Hochschule	Address / Anschrift
	Name / Name	

Gross monthly wage / Monatl. Bruttoarbeitsentgelt \_\_\_\_\_ Euro  Non-recurring income / Einmalige Einnahmen (e.g. annual bonus, holiday allowance)  no / Nein  yes / Ja \_\_\_\_\_ Euro

I have a share in the company (association) / I am related (by marriage) to the employer. / Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt / mit dem Arbeitgeber verwandt / verschwägert.

**I have / Ich übe**

- a secondary employment / eine weitere Beschäftigung aus  an additional self-employment / nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus  I am starting my first employment / Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

**I study / Ich studiere**

- in / zurzeit im \_\_\_\_\_ semester / Fachsemester
- within a dual studies programme / im Rahmen eines dualen Studiums  no / Nein  yes / Ja
- I am employed beside my studies / Ich bin neben meinem Studium beschäftigt  no / Nein  yes / Ja
- I am self-employed beside my studies / Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig  no / Nein  yes / Ja
- The weekly working hours are / Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ hours / Stunden

I applied for pension on / Ich habe einen Rentenanspruch gestellt am \_\_\_\_\_  I have received pension since / Ich beziehe Rente ab/seit \_\_\_\_\_

I receive pensions and related benefits (e.g. company pension) or I have applied for such (please enclose notification) / Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen)

I receive benefits according to a pensions act. / Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz

**I am exempt from / Ich habe mich befreien lassen von der (Please enclose notification where necessary)**

- compulsory health insurance / Krankenversicherungspflicht  compulsory National Insurance / Pflegeversicherungspflicht
- compulsory long-term care insurance / Rentenversicherungspflicht  My claim for family insurance is terminated / excluded / Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen / ausgeschlossen

**Details of previous insurance / Angaben zur Vorversicherung**

My insurance for the last 18 months was / Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei \_\_\_\_\_ Name and place of health insurance / Name und Ort der Krankenkasse

compulsory insurance / Pflichtversichert  voluntary insurance / Freiwillig versichert

Please enclose the certificate of termination of the previous health insurance. / Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse bei.

family insurance via / Familienversichert über \_\_\_\_\_

private insurance / Privat versichert  Stay abroad / Auslandsaufenthalt

**Declaration of parenthood / Feststellung der Elternerschaft**

Do you have a child (also stepchild, adoptee or foster child)? / Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?

no / Nein  yes / Ja (please enclose proof)

**Details of relatives / Angaben zu Angehörigen**

I have relatives (marital partner / children) who are exempt from contributions / Ich habe Angehörige (Ehegatte / Ehegattin / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

Recommend our insurance. Give us a call. / Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an  
\* optional details / Freiwillige Angaben

Date, signature / Datum, Unterschrift

We need your personal details (social details) to manage our processes. The basis is § 284 of the social security statutes V (Sozialgesetzbuch SGB V) in combination with § 206 of SGB V or § 28 of SGB IV and § 94 of SGB XI in combination with § 50 of SGB XI. For further information on data security, feel free to contact us.

For internal use by DAK.

I want to be a member of DAK-Gesundheit /  
Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit



from / ab \_\_\_\_\_

**Personal details / Persönliche Angaben**

Partner Nr: 0012213

Mrs/Ms/Frau  Mr/Herr

Surname, first name / Name, Vorname	Date of birth / Geburtsdatum	Phone / mobile* / Telefon / Handy	
Address / Anschrift	e-mail *		
National Insurance number / Rentenversicherungsnummer	Health insurance number / Krankenversicherten-Nr.		
Only fill in if you do not yet have a National Insurance number. / Nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt			
Maiden name / Geburtsname	Place of birth / Geburtsort	Nationality / Staatsangehörigkeit	Country of birth / Geburtsland

**Information to verify the insurance at DAK-Gesundheit / Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit**

**I am / Ich bin**

- employee / Arbeitnehmer(in)  apprentice / Auszubildende(r)  unemployed / arbeitslos (please enclose notification)
- full-time self-employed / hauptberuflich selbstständig  student / Student(in) (please enclose certificate of enrolment)  pensioner / pension applicant / Rentner(in) / Rentenantragsteller(in) (please enclose pension approval certificate)
- \_\_\_\_\_ (e.g. civil servant, housewife, severely disabled, child)

Start of employment / studies	Employer / university / Arbeitgeber / Hochschule	Address / Anschrift
	Name / Name	

Gross monthly wage / Monatl. Bruttoarbeitsentgelt \_\_\_\_\_ Euro  Non-recurring income / Einmalige Einnahmen (e.g. annual bonus, holiday allowance)  no / Nein  yes / Ja \_\_\_\_\_ Euro

I have a share in the company (association) / I am related (by marriage) to the employer. / Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt / mit dem Arbeitgeber verwandt / verschwägert.

**I have / Ich übe**

- a secondary employment / eine weitere Beschäftigung aus  an additional self-employment / nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus  I am starting my first employment / Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

**I study / Ich studiere**

- in / zurzeit im \_\_\_\_\_ semester / Fachsemester
- within a dual studies programme / im Rahmen eines dualen Studiums  no / Nein  yes / Ja
- I am employed beside my studies / Ich bin neben meinem Studium beschäftigt  no / Nein  yes / Ja
- I am self-employed beside my studies / Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig  no / Nein  yes / Ja
- The weekly working hours are / Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ hours / Stunden

I applied for pension on / Ich habe einen Rentenanspruch gestellt am \_\_\_\_\_  I have received pension since / Ich beziehe Rente ab/seit \_\_\_\_\_

I receive pensions and related benefits (e.g. company pension) or I have applied for such (please enclose notification) / Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (Bitte ggf. Bescheid beifügen)

I receive benefits according to a pensions act. / Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz

**I am exempt from / Ich habe mich befreien lassen von der (Please enclose notification where necessary)**

- compulsory health insurance / Krankenversicherungspflicht  compulsory National Insurance / Pflegeversicherungspflicht
- compulsory long-term care insurance / Rentenversicherungspflicht  My claim for family insurance is terminated / excluded / Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen / ausgeschlossen

**Details of previous insurance / Angaben zur Vorversicherung**

My insurance for the last 18 months was / Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei \_\_\_\_\_ Name and place of health insurance / Name und Ort der Krankenkasse

compulsory insurance / Pflichtversichert  voluntary insurance / Freiwillig versichert

Please enclose the certificate of termination of the previous health insurance. / Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse bei.

family insurance via / Familienversichert über \_\_\_\_\_

private insurance / Privat versichert  Stay abroad / Auslandsaufenthalt

**Declaration of parenthood / Feststellung der Elterneigenschaft**

Do you have a child (also stepchild, adoptee or foster child)? / Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?

no / Nein  yes / Ja (please enclose proof)

**Details of relatives / Angaben zu Angehörigen**

I have relatives (marital partner / children) who are exempt from contributions / Ich habe Angehörige (Ehegatte / Ehegattin / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

Recommend our insurance. Give us a call. / Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an  
\* optional details / Freiwillige Angaben

Date, signature / Datum, Unterschrift

We need your personal details (social details) to manage our processes. The basis is § 284 of the social security statutes V (Sozialgesetzbuch SGB V) in combination with § 206 of SGB V or § 28 of SGB IV and § 94 of SGB XI in combination with § 50 of SGB XI. For further information on data security, feel free to contact us.

For internal use by DAK.

Lieber Kunde,

wir möchten Ihnen die Beitragszahlung so bequem wie möglich machen. Das SEPA-Lastschriftmandat ist für Sie die einfachste Lösung und hilft Verwaltungskosten sparen.

Bitte senden Sie das SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt und unterschrieben zurück. So ist die termingerechte Zahlung sichergestellt.

Wir bitten um Verständnis, dass wir das Formular im Original benötigen. Eine Übermittlung per FAX oder per Mail ist aufgrund der derzeitigen Rechtslage nicht mehr möglich.

Versicherte/r (Name, Vorname)

KVNR

Strasse, PLZ Ort

## Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren – Beiträge

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

DAK-Gesundheit, Nagelsweg 27 – 31, 20097 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE69ZZZ00000194764

### SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die DAK-Gesundheit, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der DAK-Gesundheit auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird die DAK-Gesundheit mich / uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten und mir / uns die Mandats-ID mitteilen.

gültig für Beiträge ab

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen (des Kontoinhabers)

IBAN (22 Stellen)

DE

BIC (11 Stellen)

Name des Kreditinstituts

Ort und Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Dear customer,

We would like to make the premium payments as convenient as possible for you. The SEPA direct debit mandate is the easiest solution and helps us save administrative costs.

Please return the completed and signed SEPA direct debit mandate. This ensures timely payment.

Please understand that we require the original of this form. Transmission via fax or email is no longer possible due to the current legal situation.

Insured person (last name, first name)	Health insurance number
Street, postal code, city	

### Mandate for SEPA Direct Debit – Premiums

Name and address of payment recipient	Creditor identification number
DAK-Gesundheit, Nagelsweg 27 – 31, 20097 Hamburg	DE69ZZZ00000194764

SEPA direct debit mandate:

I/We authorise DAK-Gesundheit to debit premium payments from my/our account by means of direct debit. At the same time, I/we will instruct our financial institution to honour direct debits by DAK-Gesundheit to my/our account.

Disclaimer: I/we can request the refund of the debited amount within eight weeks starting with the direct debit date. The terms and conditions agreed with my/our financial institution apply.

Prior to the first collection of a SEPA direct debit, DAK-Gesundheit shall inform me/us about the collection by means of this type of procedure and the mandate ID.

Valid for premiums as of
Name of payer (account holder)
Address of payer (account holder)
IBAN (22 digits)
DE
BIC (11 digits)
Name of financial institution
City and date
Signature of payer (account holder)

