Please return to: / Bitte zurück an: DAK-Gesundheit
PNr.0012213

MEMBERSHIP APPLICATION / MITGLIEDSANTRAG

DAK Gesundheit
Ein Leben lang.

✓ Yes, I am opting for membership of DAK-Gesundheit **from /**
Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit **ab**

Date / Datum

Mr / Herr ☐ Ms / Frau ☐ Mx / Divers ☐

Surname / Name

Forename / Vorname

Date of birth / Geburtsdatum

Telephone/mobile / Telefon/Handy
(optional / freiwillig)

Email / E-Mail
(optional / freiwillig)

Street / Straße

No. / Nr.

Postcode / PLZ

City / Ort

Pension insurance number /
Rentenversicherungsnummer (RVNR)

Care of / Wohnhaft bei

Name at birth
Geburtsname

Place of birth
Geburtsort

Citizenship
Staatsangehörigkeit

Country of birth
Geburtsland

Only complete if pension insurance number has not been issued yet.

Nur ausfüllen, wenn noch keine Deutsche Rentenversicherungsnummer vorliegt.

DETAILS REQUIRED AS PER INSURANCE LAW (MULTIPLE ANSWERS POSSIBLE) / VERSICHERUNGSRECHTLICHE ANGABEN (MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)

☐ Employee / Arbeitnehmer(in)
☐ Apprentice / Auszubildende(r)
☐ Self-employed / selbstständig
☐ Student[1] / Student(in)[1]

Start date of current job / course of study /
Beginn der aktuellen Tätigkeit/Studienbeginn

Name of employer/educational establishment /
Name Arbeitgeber/Hochschule

Street / Straße

No. / Nr.

Postcode / PLZ

City / Ort

Gross monthly salary / Monatl. Bruttoarbeitsentgelt €

☐ Yes / Ja ☐ No / Nein
One-off earnings / Einmalige Einnahmen
Total / Summe €

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

☐ Unemployed / arbeitslos
☐ Pensioner/pension applicant / Rentner(in)/Rentenantragsteller(in)
☐ Other / Sonstiges

From / ab

☐ I have an additional job / Ich übe eine weitere Beschäftigung aus
☐ I am also self-employed on the side / Ich übe nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus
☐ I am starting a job for the first time / Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf
☐ I also receive unemployment benefit II *(Arbeitslosengeld II)* / Ich beziehe zusätzlich Arbeitslosengeld II

☐ I have been/will be drawing a pension since/from / Ich beziehe Rente seit/ab *Date / Datum*
☐ I applied for a pension on / Ich habe einen Rentenantrag gestellt am *Date / Datum*
☐ I receive pensions and/or benefit payments from abroad[1] / Ich erhalte Renten und/oder Versorgungsbezüge aus dem Ausland[1]
☐ I receive benefit payments (e.g. pension) or have applied for them[1] / Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Pension) bzw. habe sie beantragt[1]
☐ I receive benefits in line with a particular healthcare law[1] / Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz[1]

☐ I am a student and self-employed / Ich bin Student(in) & selbstständig
☐ I am on a work-study programme / Ich mache ein duales Studium
☐ I work in addition to my studies / Ich arbeite neben dem Studium

Weekly working time / Wöchentliche Arbeitszeit
Hours / Stunden

I am exempted from: / Ich habe mich befreien lassen von:
☐ Compulsory health insurance / Krankenversicherungspflicht
☐ Compulsory pension insurance / Rentenversicherungspflicht
☐ Compulsory long-term care insurance / Pflegeversicherungspflicht
☐ I am not entitled to family health insurance/my entitlement has lapsed / Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung ausgeschlossen/erloschen

LAST HEALTH INSURANCE / LETZTE KRANKENVERSICHERUNG

Insured from/to / Versichert von/bis

Name and location of health insurance company /
Name und Ort der Krankenkasse

☐ Compulsorily insured / pflichtversichert
☐ Voluntarily insured / freiwillig versichert
☐ Privately insured / privat versichert
☐ Stay abroad / Auslandsaufenthalt

☐ Insured as a family member / familienversichert
Name of the main policyholder / Name des Hauptversicherten

PARENTAL STATUS / ELTERNEIGENSCHAFTEN

☐ I have children (including step, adoptive or foster children)[1] / Ich habe Kinder (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder)[1]

DETAILS OF DEPENDANTS / ANGABEN ZU ANGEHÖRIGEN

☐ I have dependants (husband/wife, children) who require cover without paying premiums / Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

✗ _____

Date, signature / Datum, Unterschrift

We need your personal data (social security data) in order to perform our duties correctly on your behalf. The basis for this is § 284 Social Code V (SGB V) in conjunction with § 206 SGB V or § 28 or SGB IV and § 94 SGB XI in conjunction with § 50 SGB XI. We will be pleased to inform you about how we protect your data. / 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.

[1] Please provide evidence or certificate of enrolment. / Bitte Nachweise bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen.