

Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

ab _____

Fax: 07119905335
 antrag@gkv-pool.de
 www.gkv-pool.de

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon/Handy *
Straße, Nr., PLZ, Ort			
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	E-Mail *	

Nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt

Name at birth/Geburtsname	Place of birth/Geburtsort	Citizenship/Staatsangehörigkeit	Country of birth/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) (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen) Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (bitte ggf. Rentenbescheid beifügen)
 _____ (z. B. Beamter, Hausfrau, Schwerbehinderter, Kind)

Beschäftigungs- / Studienbeginn _____ Arbeitgeber / Hochschule _____ 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 (bitte ggf. Bescheid beifügen) von der

- Krankenversicherungspflicht Rentenversicherungspflicht Pflegeversicherungspflicht
 Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen

Angaben zur Vorversicherung

Ich war zuletzt vom _____ bis _____ bei der _____ Name und Ort der Krankenkasse _____

pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert über _____ Name des Hauptversicherten
 Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse bei. 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/-gattin, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.
 * freiwillige Angaben

Datum, Unterschrift