

Ja, ich möchte Mitglied der DAK-Gesundheit werden

ab

16.10.2013

DAK
Gesundheit

Unternehmen Leben

Persönliche Angaben

☐ Frau ☒ Herr

Name, Vorname

Drasko, Madzarevic

Geburtsdatum

30.06.1966

Telefon / Handy *

0157-89427461

Anschrift

Am Bocksrangen 26, 97453 Schonungen

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

Drasko

Geburtsort

Banja Luka

Staatsangehörigkeit

kroatisch

Geburtsland

Bosnien-Herzegowina

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)
(Bitte ggf. Rentenbescheid beifügen)

☐ (z.B. Beamter, Hausfrau, Schwerbehinderter, Kind)

Beschäftigungs-/
Studienbeginn

16.10.2013

Arbeitgeber / Hochschule

Name

Löb Erich GmbH

Anschrift

Auf der Höhe 1

97440 Werneck

☒ monatl.

Bruttoarbeitsentgelt

€

☐ einmalige Einnahmen

(z. B. 13. Monatsgehalt, Urlaubsgeld)

☐ nein ☐ ja

€

☐ 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 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

Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse bei.

☐ privat versichert

☒ Auslandsaufenthalt

Feststellung der Elterneigenschaft

Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?

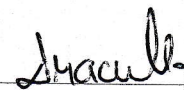
☒ nein ☐ ja (Bitte Nachweis beifügen)

Angaben zu Angehörigen

☐ Ich habe Angehörige (Ehegatte(-in) / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

16.10.2013

Datum, Unterschrift



Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

* freiwillige Angaben

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.

Original für DAK-Gesundheit