

Einwilligungserklärung zur Verarbeitung und Weitergabe personenbezogener Daten

Name, Vorname

Adresse

Kontaktmöglichkeit (z.B. Telefon, Email)

Bitte ausfüllen!

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen durch die AmiragA – Students´ Best Solution, zum Zweck der Arbeits- bzw. Personalvermittlung, erhoben und zur Kontaktaufnahme an potentielle Arbeitgeber weitergegeben werden.

Meine folgenden **personenbezogenen Daten** werden zum zuvor genannten Zweck verarbeitet:

- Name
- Anschrift
- Geburtsdatum

Widerruf Art. 7 Abs. 3 DS-GVO

Ich habe das Recht meine Einwilligung jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ihr Widerruf kann postalisch oder per E-Mail erfolgen:

AmiragA – Students´ Best Solution
Philosophenweg 12
47051 Duisburg

Telefon: +49 (0) 203 36 999 599
E-Mail: info@amiraga.com

Ort, Datum, Unterschrift



Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

ab _____

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name, Vorname		Geburtsdatum	Telefon / Handy *
Anschrift		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) / Rentenantragsteller(in)

_____ (z.B. Beamter, Hausfrau, Schwerbehinderter, Kind) (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen) (Bitte ggf. Rentenbescheid beifügen)

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 die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden

Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig nein ja

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

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

Datum, Unterschrift

Ausfertigung für Antragsteller(in)

Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

ab _____

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon / Handy *	
Anschrift		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) / Rentenantragsteller(in)
(Bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen) (Bitte ggf. Rentenbescheid beifügen)
- _____ (z.B. Beamter, Hausfrau, Schwerbehinderter, Kind)

Beschäftigungs-/Studienbeginn	Arbeitgeber / Hochschule	Anschrift
_____	Name _____	_____

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 } die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden
- Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig nein ja }

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

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

Datum, Unterschrift _____