

Bitte zurück an:

# MITGLIEDSANTRAG

<input checked="" type="checkbox"/> Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit <b>ab</b>	Datum		
Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/>	Name	Vorname	
Geburtsdatum	Telefon/Handy (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)	
Straße	Nr.	PLZ	Ort
Rentenversicherungsnummer (RVNR)	Wohnhaft bei		
Geburtsname <i>Name at birth</i>	Geburtsort <i>Place of birth</i>	Nur ausfüllen, wenn noch keine Deutsche Rentenversicherungsnummer vorliegt. <i>Only complete if pension insurance number has not been issued yet.</i>	
Staatsangehörigkeit <i>Citizenship</i>	Geburtsland <i>Country of birth</i>		

## VERSICHERUNGSRECHTLICHE ANGABEN (MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)	<input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> selbstständig
<input type="checkbox"/> Student(in) <sup>1</sup>	Beginn der aktuellen Tätigkeit/Studienbeginn	
Name Arbeitgeber/ Hochschule		
Straße		Nr.
PLZ	Ort	
Monatl. Bruttoarbeitsentgelt	Euro	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert		Einmalige Einnahmen Summe
Euro		
<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> Rentner(in)/Rentenantragsteller(in)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	ab	
<input type="checkbox"/> Ich übe eine weitere Beschäftigung aus	<input type="checkbox"/> Ich übe nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus	
<input type="checkbox"/> Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf	<input type="checkbox"/> Ich beziehe zusätzlich Arbeitslosengeld II	
<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente seit/ab	Datum	
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Rentenanspruch gestellt am	Datum	
<input type="checkbox"/> Ich erhalte Renten und/oder Versorgungsbezüge aus dem Ausland <sup>1</sup>		
<input type="checkbox"/> Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Pension) bzw. habe sie beantragt <sup>1</sup>		
<input type="checkbox"/> Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz <sup>1</sup>		
<input type="checkbox"/> Ich bin Student(in) & selbstständig	Wöchentliche Arbeitszeit	
<input type="checkbox"/> Ich mache ein Duales Studium		
<input type="checkbox"/> Ich arbeite neben dem Studium	Stunden	
Ich habe mich befreien lassen von:		
<input type="checkbox"/> Krankenversicherungspflicht	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungspflicht	
<input type="checkbox"/> Pflegeversicherungspflicht		
<input type="checkbox"/> Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung ausgeschlossen/erloschen		

## LETZTE KRANKENVERSICHERUNG

Versichert von/bis	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> familienversichert
Name und Ort der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	Name des Hauptversicherten
	<input type="checkbox"/> privat versichert	
	<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt	

## ELTERNEIGENSCHAFTEN

Ich habe Kinder (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder)<sup>1</sup>

## ANGABEN ZU ANGEHÖRIGEN

Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin, Kinder) die beitragsfrei mitversichert werden sollen

X

Datum, Unterschrift

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.

<sup>1</sup> Bitte Nachweise bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen.