

Bitte zurück an:

MITGLIEDSANTRAG

<input checked="" type="checkbox"/> Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit ab				Datum	
Herr	Frau	Divers	Name	Vorname	
Geburtsdatum		Telefon/Handy <i>(freiwillig)</i>		E-Mail <i>(freiwillig)</i>	
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"/> Ich übe eine weitere Beschäftigung aus
<input type="checkbox"/> Student(in) ¹	Beginn der aktuellen Tätigkeit/Studienbeginn		<input type="checkbox"/> Ich übe nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus
Name Arbeitgeber/ Hochschule			<input type="checkbox"/> Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf
Straße		Nr.	<input type="checkbox"/> Ich beziehe zusätzlich Arbeitslosengeld II
PLZ	Ort		<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente seit/ab <input type="text"/> Datum
Monatl. Bruttoarbeitsentgelt <input type="text"/> Euro			<input type="checkbox"/> Ich habe einen Rentenanspruch gestellt am <input type="text"/> Datum
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ich erhalte Renten und/oder Versorgungsbezüge aus dem Ausland ¹
Einmalige Einnahmen			<input type="checkbox"/> Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Pension) bzw. habe sie beantragt ¹
Summe <input type="text"/> Euro			<input type="checkbox"/> Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz ¹
<input type="checkbox"/> Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert	<input type="checkbox"/> Ich bin Student(in) & selbstständig		
<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> Rentner(in)/Rentenantragsteller(in)	Wöchentliche Arbeitszeit <input type="text"/> Stunden	
<input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/> ab	<input type="checkbox"/> Ich mache ein Duales Studium		
<input type="checkbox"/> 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="text"/>	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> familienversichert
Name und Ort der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	Name des Hauptversicherten <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> privat versichert	
	<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt	

ELTERNEIGENSCHAFTEN

Ich habe Kinder (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder)¹

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.

ANGABEN ZU ANGEHÖRIGEN

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

Partnernummer	<input type="text"/>
Vermittlernummer	<input type="text"/>

¹ Bitte Nachweise bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen.