Bitte zurück an: DAK-Gesundheit, 22777 Hamburg

MITGLIEDSANTRAG

✓ Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit **ab**

Datum

Herr ☐ Frau ☐ Divers ☐

Name

Vorname

Geburts-datum

Telefon/Handy *(freiwillig)*

E-Mail *(freiwillig)*

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Rentenversicherungs-nummer (RVNR)

Wohnhaft bei

Geburtsname
Name at birth

Geburtsort
Place of birth

Staatsangehörigkeit
Citizenship

Geburtsland
Country of birth

Nur ausfüllen, wenn noch keine Deutsche Rentenversicherungs-nummer vorliegt.
Only complete if pension insurance number has not been issued yet.

VERSICHERUNGSRECHTLICHE ANGABEN (MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)

☐ Arbeitnehmer(in) ☐ Auszubildende(r) ☐ selbstständig

☐ Student(in)[1]

Beginn der aktuellen Tätigkeit/Studienbeginn

Name Arbeitgeber/ Hochschule

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Monatl. Brutto-arbeitsentgelt *Euro*

☐ Ja ☐ Nein
Einmalige Einnahmen
Summe *Euro*

☐ Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert

☐ arbeitslos ☐ Rentner(in)/Rentenantragsteller(in)

☐ Sonstiges

ab

☐ Ich übe eine weitere Beschäftigung aus
☐ Ich übe nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus
☐ Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf
☐ Ich beziehe zusätzlich Arbeitslosengeld II

☐ Ich beziehe Rente seit/ab *Datum*
☐ Ich habe einen Rentenantrag gestellt am *Datum*
☐ Ich erhalte Renten und/oder Versorgungsbezüge aus dem Ausland[1]
☐ Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Pension) bzw. habe sie beantragt[1]
☐ Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz[1]

☐ Ich bin Student(in) & selbstständig
☐ Ich mache ein Duales Studium
☐ Ich arbeite neben dem Studium

Wöchentliche Arbeitszeit
Stunden

Ich habe mich befreien lassen von:
☐ Krankenversicherungspflicht ☐ Rentenversicherungspflicht
☐ Pflegeversicherungspflicht
☐ Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung ausgeschlossen/erloschen

LETZTE KRANKENVERSICHERUNG

Versichert von/bis

Name und Ort der Krankenkasse

☐ pflichtversichert
☐ freiwillig versichert
☐ privat versichert
☐ Auslandsaufenthalt

☐ familienversichert
Name des Hauptversicherten

ELTERNEIGENSCHAFTEN

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

ANGABEN ZU ANGEHÖRIGEN

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

✗

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.

[1] Bitte Nachweise bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

D430-0001 / Stand 11/20