

# MITGLIEDSANTRAG

<input checked="" type="checkbox"/> Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit <b>ab</b>				Datum					
Herr	Frau	Divers	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"/> Ich übe eine weitere Beschäftigung aus
<input type="checkbox"/> Student(in) <sup>1</sup> 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 Bürgergeld
PLZ    Ort	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente seit/ab    Datum
Monatl. Bruttoarbeitsentgelt    Euro	<input type="checkbox"/> Ich habe einen Rentenanspruch gestellt am    Datum
<input type="checkbox"/> Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Renten und/oder Versorgungsbezüge aus dem Ausland <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Rentner(in)/Rentenantragsteller(in)	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Pension) bzw. habe sie beantrag <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/> Sonstiges    ab	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich bin Student(in) & selbstständig    Wöchentliche Arbeitszeit
Einmalige Einnahmen    Euro	<input type="checkbox"/> Ich mache ein Duales Studium
Summe    Euro	<input type="checkbox"/> Ich arbeite neben dem Studium    Stunden
<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="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert
Name und Ort der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert                    Name der/des Hauptversicherten
	<input type="checkbox"/> privat versichert
	<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt

## ELTERNEIGENSCHAFTEN

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

**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

Vermittlernummer

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