



Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Um nun Mitglied in der **DAK-Gesundheit** zu werden, gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail (info@krankenkasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **DAK-Gesundheit** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **DAK-Gesundheit** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **DAK-Gesundheit** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **DAK-Gesundheit** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

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.
PLZ	Ort
Monatl. Bruttoarbeitsentgelt Euro	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente seit/ab Datum
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Einmalige Einnahmen Summe 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 ¹
<input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Rentner(in)/Rentenantragsteller(in)	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Pension) bzw. habe sie beantragt ¹
<input type="checkbox"/> Sonstiges ab	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz ¹
	<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)¹

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.

¹ Bitte Nachweise bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice DAK-Gesundheit
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

