



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](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkasseninfo.de](http://www.krankenkasseninfo.de)

Handelsregistereintrag  
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID  
DE 235 828 638

## Antrag auf Mitgliedschaft (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **DAK-Gesundheit** ist für dich unkompliziert möglich. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen ([info@krankenkassennetz.de](mailto:info@krankenkassennetz.de)).

Die **DAK-Gesundheit** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

**Achtung:** Wenn du nicht binnen 14 Tagen nach Beginn der Ausbildung eine Krankenkasse gewählt hast wirst du vom Ausbildungsbetrieb bei der Krankenkasse angemeldet, in der du bisher familienversichert warst. Die Krankenkasse deiner Eltern muss aber nicht immer auch die beste Krankenkasse für dich sein.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# 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"/> 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"/> Student(in) <sup>1</sup> Beginn der aktuellen Tätigkeit/Studienbeginn	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente seit/ab <input type="text"/> Datum <input type="checkbox"/> Ich habe einen Rentenanspruch gestellt am <input type="text"/> 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 beantrag <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz <sup>1</sup>
Name Arbeitgeber/ Hochschule Straße    Nr. PLZ    Ort	<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 <input type="text"/> Stunden
Monatl. Bruttoarbeitsentgelt    Euro <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Einmalige Einnahmen Summe    Euro	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
<input type="checkbox"/> Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/> ab	

## LETZTE KRANKENVERSICHERUNG

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

## 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.

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.**

