



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

Guten Tag,

vielen Dank für das entgegengebrachte Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **DAK-Gesundheit** unkompliziert möglich.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und dem Mitteilungsschreiben deiner alten Krankenkasse über die Beendigung der Familienversicherung im Freiumschlag zu uns.

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

Die **DAK-Gesundheit** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

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 (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) 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	<input type="checkbox"/> Ich beziehe zusätzlich Arbeitslosengeld II
PLZ	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente seit/ab <input type="text"/> Datum
Ort	<input type="checkbox"/> Ich habe einen Rentenanspruch gestellt am <input type="text"/> Datum
Monatl. Bruttoarbeitsentgelt <input type="text"/> Euro	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Renten und/oder Versorgungsbezüge aus dem Ausland ¹
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Einmalige Einnahmen Summe <input type="text"/> Euro	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Pension) bzw. habe sie beantragt ¹
<input type="checkbox"/> Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz ¹
<input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Rentner(in)/Rentenantragsteller(in)	<input type="checkbox"/> Ich bin Student(in) & selbstständig 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 arbeite neben dem Studium
	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



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.

