

# Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK



Unternehmen Leben

ab \_\_\_\_\_

Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist für die Durchführung Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung erforderlich. Die gesetzlichen Grundlagen bilden die §§ 284 und 206 Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch – sowie die §§ 94 und 50 SGB – Elftes Buch – in Verbindung mit § 21 SGB – Zehntes Buch.

Name · Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	Bei Adressänderung darf die Deutsche Post AG meine neue Anschrift an die DAK weiterleiten
Straße · Hausnummer	PLZ · Ort		
Zusatz zur Adresse	Telefon (Angabe ist freiwillig)		
E-Mail (Angabe ist freiwillig)	Telefax (Angabe ist freiwillig)		
Krankenversicherer-Nummer	Versicherungsnummer der Rentenversicherung		
<b>Bankverbindung</b> (Angabe ist freiwillig)			
Konto-Nr.	Bankleitzahl (BLZ)	Geldinstitut (Name · Ort)	

• **Ich bin**  krankenversicherungspflichtig  krankenversicherungsfrei wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze

Ich nehme **erstmalig** eine Beschäftigung auf

Wegen Beschäftigung im Ausland endete meine Mitgliedschaft bei einer **gesetzlichen Krankenkasse**. Rückkehr a. d. Ausland am \_\_\_\_\_

• **Ich bin beschäftigt** ab/seit \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_ Name, Anschrift des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

■ monatl. Bruttoarbeitsentgelt \_\_\_\_\_ € → davon Zuschläge aufgrund des Familienstandes \_\_\_\_\_ €

■ einmalige Einnahmen (z. B. 13. Monatsgehalt, Urlaubsgeld)  nein  ja \_\_\_\_\_ €

■ mit dem Arbeitgeber verwandt, verschwägert, verheiratet  nein  ja wie \_\_\_\_\_

■ an der Firma (Gesellschaft) beteiligt  nein  ja wie \_\_\_\_\_

• **Ich übe daneben eine weitere Beschäftigung aus**  nein  ja

• **Ich übe daneben eine selbstständige Tätigkeit aus**  nein  ja

• **Ich war in den letzten 18 Monaten vor Beginn der beantragten Mitgliedschaft selbst Mitglied**

■ in der DAK  nein  ja

■ einer anderen gesetzlichen Krankenkasse  nein  ja  
*falls ja, bitte Kündigungsbestätigung dieser Krankenkasse beifügen*

• **Ich war unmittelbar vor Beginn der beantragten Mitgliedschaft familienversichert in einer gesetzlichen Krankenkasse**  nein  ja  
*falls ja*

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_ Name, Vorname der/des Hauptversicherten \_\_\_\_\_

• Ich beziehe Rente  nein  ja

• Ich beziehe rentenvergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge z. B. Betriebsrente, Pensionen)  nein  ja

• Ich habe einen Antrag auf Leistungen nach einem Versorgungsgesetz gestellt  nein  ja

• Ich beziehe Leistungen nach einem Versorgungsgesetz  nein  ja

• Ich habe mich auf Antrag von der Kranken-/Rentenversicherungspflicht befreien lassen (*ggf. bitte Befreiungsbescheid beifügen*)  nein  ja

• Ich habe Angehörige, die nicht selbst Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse sind und bei der DAK familienversichert werden sollen  nein  ja

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_