

Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK



Unternehmen Leben

ab _____

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)				
Bankverbindung (Angabe ist freiwillig)							
Konto-Nr.		Bankleitzahl (BLZ)		Geldinstitut (Name - Ort)			
Krankenversicherten-Nummer			Versicherungsnummer der Rentenversicherung				
nur ausfüllen, falls eine Versicherungsnummer beantragt werden soll	Geburtsname		Staatsangehörigkeit				
	Geburtsort		Geburtsland				

Ausbildungsbetrieb (Name und Anschrift)		Ausbildungsberuf	
		beschäftigt ab/seit	voraussichtliches Ende der Ausbildung
• Ich erhalte eine Ausbildungsvergütung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		• Daneben beziehe ich weitere Einkünfte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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

• Bei Bezug von Rente, Versorgungsbezügen oder Leistungen nach einem Versorgungsgesetz werde ich die DAK umgehend unterrichten.

Datum, Unterschrift
