

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		

ab _____ Name und Anschrift der Uni _____

- Ich studiere _____
- Ich studiere zurzeit im _____ Fachsemester
- Ich nehme an einem Studienkolleg (studienvorbereitender Sprachkurs) teil nein ja
- Ich bin neben meinem Studium beschäftigt nein ja die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden
selbstständig tätig 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 Leistungen nach dem BaföG 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

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

Ich zahle meinen Semesterbeitrag im Voraus

Ich beantrage die monatliche Zahlungsweise und bitte um Abbuchung

Konto-Inhaber (Name · Vorname)	Konto-Nr.	Bankleitzahl (BLZ)
Geldinstitut (Name · Ort)	ggf. Unterschrift Konto-Inhaber	

Datum, Unterschrift _____