

# 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<br><input type="checkbox"/> weiblich<br><input type="checkbox"/> männlich | Bei Adressänderung darf die Deutsche Post AG meine neue Anschrift an die DAK weiterleiten. |
| Straße, Hausnummer   |                              | Zusatz zur Adresse            |  |  |
| PLZ, Ort   |                              |                               |  |  |
| Telefon Angabe ist freiwillig                                  | E-Mail Angabe ist freiwillig | Telefax Angabe ist freiwillig |  |  |
| Versicherungsnummer der Rentenversicherung                     |                              | Krankenversicherten-Nummer    |  |  |
| Bankverbindung (Angabe ist freiwillig)                         |                              |                               |  |  |
| Konto-Nr.  | Bankleitzahl (BLZ)           | Geldinstitut (Name, Ort)      |  |  |
| nur ausfüllen, falls Versicherungsnummer beantragt werden soll | Geburtsname                  | Staatsangehörigkeit           |  |  |
|  | Geburtsort                   | Geburtsland                   |  |  |

Ich möchte mich bei der DAK versichern . . . . .  als Selbstständige(r)  als Beamtin/Beamter  als Schülerin/Schüler  als  Art der selbstständigen Tätigkeit \_\_\_\_\_

als schwerbehinderter Mensch im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB) IX (bitte Nachweis beifügen)

weil für mich die Familienversicherung durch . . . . .  Mutter  Vater  Ehegatte  Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

erloschen ist . . . . . am \_\_\_\_\_ Grund \_\_\_\_\_

ausgeschlossen ist (§ 10 Abs. 3 SGB V) \_\_\_\_\_

Ich war in den letzten 18 Monaten vor Beginn der beantragten Mitgliedschaft selbst Mitglied der DAK  nein  ja einer anderen gesetzlichen Krankenkasse  nein  ja falls ja, bitte Kündigungsbestätigung dieser Krankenkasse beifügen

nur bei Ausscheiden aus Versicherungspflicht oder Familienversicherung: (Mitgliedszeiten als Rentenantragsteller(in) ohne Rentenbezug sind nicht anzugeben)

Ich war in den letzten 5 Jahren vor dieser beantragten DAK-Mitgliedschaft versichert (bitte Nachweis beifügen)

als Mitglied  Familienversichert über ... Name, Vorname \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Name und Anschrift der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Ich beziehe Rente  nein  ja Ich habe einen Rentenantrag gestellt  nein  ja

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

Ich beziehe Leistungen nach einem Versorgungsgesetz . . . . .  nein  ja

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

# 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<br><input type="checkbox"/> weiblich<br><input type="checkbox"/> männlich | Bei Adressänderung darf die Deutsche Post AG meine neue Anschrift an die DAK weiterleiten. |
| Straße, Hausnummer   |                              | Zusatz zur Adresse            |  |  |
| PLZ, Ort   |                              |                               |  |  |
| Telefon Angabe ist freiwillig                                  | E-Mail Angabe ist freiwillig | Telefax Angabe ist freiwillig |  |  |
| Versicherungsnummer der Rentenversicherung                     |                              | Krankenversicherten-Nummer    |  |  |
| Bankverbindung (Angabe ist freiwillig)                         |                              |                               |  |  |
| Konto-Nr.  | Bankleitzahl (BLZ)           | Geldinstitut (Name, Ort)      |  |  |
| nur ausfüllen, falls Versicherungsnummer beantragt werden soll | Geburtsname                  | Staatsangehörigkeit           |  |  |
|  | Geburtsort                   | Geburtsland                   |  |  |

Ich möchte mich bei der DAK versichern . . . . .  als Selbstständige(r)  als Beamtin/Beamter  als Schülerin/Schüler  als  Art der selbstständigen Tätigkeit

als schwerbehinderter Mensch im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB) IX (bitte Nachweis beifügen)

weil für mich die Familienversicherung durch . . . .  Mutter  Vater  Ehegatte  Geburtsdatum

Name, Vorname der/des Hauptversicherten  Name und Anschrift der Krankenkasse

erloschen ist . . . . . am Grund

ausgeschlossen ist (§ 10 Abs. 3 SGB V)

Ich war in den letzten 18 Monaten vor Beginn der beantragten Mitgliedschaft selbst Mitglied der DAK  nein  ja einer anderen gesetzlichen Krankenkasse  nein  ja falls ja, bitte Kündigungsbestätigung dieser Krankenkasse beifügen

nur bei Ausscheiden aus Versicherungspflicht oder Familienversicherung: (Mitgliedszeiten als Rentenantragsteller(in) ohne Rentenbezug sind nicht anzugeben)

Ich war in den letzten 5 Jahren vor dieser beantragten DAK-Mitgliedschaft versichert (bitte Nachweis beifügen)

als Mitglied  Familienversichert über ...  Name, Vorname

vom  bis  Name und Anschrift der Krankenkasse

Ich beziehe Rente  nein  ja Ich habe einen Rentenantrag gestellt  nein  ja

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

Ich beziehe Leistungen nach einem Versorgungsgesetz . . . . .  nein  ja

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

110-006/06.07 Dg.  
PC

Datum, Unterschrift

Ausfertigung für Antragsteller(in)