

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"/> weiblich <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	Krankenversicherer-Nummer			

Ich studiere

ab/seit _____ Name und Anschrift der Uni _____

Ich studiere zurzeit im _____ Fachsemester

Ich nehme an einem Studienkolleg (studienvorbereitender Sprachkurs) teil nein ja

Ich bin neben meinem Studium beschäftigt nein ja

Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig nein ja

die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden

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

Ich war unmittelbar vor Beginn der beantragten Mitgliedschaft familienversichert in der 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 einer gesetzlichen Krankenkasse sind und bei der DAK familienversichert werden sollen nein ja

Bei Bezug von Rente, Versorgungsbezügen oder Leistungen nach dem 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

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"/> weiblich <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	Krankenversicherer-Nummer			

Ich studiere

ab/seit _____ Name und Anschrift der Uni _____

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

Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig nein ja _____ Stunden

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

Ich war unmittelbar vor Beginn der beantragten Mitgliedschaft familienversichert

in der 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 einer gesetzlichen Krankenkasse sind
und bei der DAK familienversichert werden sollen nein ja

Bei Bezug von Rente, Versorgungsbezügen oder Leistungen nach dem 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