

Ja, ich möchte **Mitglied der DAK-Gesundheit** werden



zum _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geb.-Datum: _____ **RV-Nummer:** _____

Wenn RV-Nummer nicht bekannt, dringend notwendig:

Geb.-Ort/-name/-land: _____ / _____ / _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich **Telefon:** _____

Beschäftigungsbeginn: _____ **bei** _____

Arbeitgeberdaten:

Name: _____

Adresse: _____

Betr.-Nr.: _____

Bitte unbedingt ausfüllen:

Ich war in den letzten 12 Monaten:

- ☐ **im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft bei der** _____
Name der Krankenkasse
- ☐ **im Rahmen einer Familienversicherung bei der** _____
Name der Krankenkasse
- ☐ **Ausland** ☐ **PKV** ☐ **Sozialamt** ☐ **Sonstiges:** _____

Ich bin verheiratet ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Ich habe Kinder ☐ **Ja** ☐ **Nein**

**Mein Ehegatte und/oder meine Kinder
sollen familienversichert werden.** ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Datum

Unterschrift Mitglied

Ihr DAK-Berater:

Sören Griesohn

Mobil: 0172-403 68 17

Fax: 040-334 701 00 929

Mail: soeren_kaspar.griesohn@dak.de