

# Anmeldung für die studentische Krankenversicherung



DAK Gesundheit bei

**Dr. Walter GmbH**  
**Eisenerzstr. 34**  
**53819 Neunkirchen-Seelscheid**

**Wichtig!**

**Bitte einen Studiennachweis beilegen!**

**FAX: 02247 / 91 94- 40**

**Ja, ich wähle** die Mitgliedschaft bei der DAK Gesundheit einschließlich Pflegeversicherung

ab

Name

Vorname

Straße Nr.

PLZ Ort

Telefon/Handy

E-Mail

Geburtsdatum

Familienstand  ledig  verheiratet

Geschlecht  weiblich  männlich

Rentenversicherungsnummer (wenn vorhanden) oder

**wichtig für Beantragung der Sozialversicherungskarte:**

Geburtsname      Geburtsort      Staatsangehörigkeit

**Ich zahle meinen Beitrag** mtl. per Einzugsermächtigung

Konto Nr.

Bank

BLZ

Kontoinhaber

**Für meine Angehörigen beantrage ich**

zusätzlich die kostenlose Familienversicherung  ja  nein

Ich habe Kinder  ja  nein  
(falls ja bitte Nachweis beifügen)

Datum

Unterschrift

Hinweis: Die Angabe der persönlichen Sozialdaten ist für die Durchführung unserer Aufgaben gemäß § 284 SGB V sowie § 94 SGB XI erforderlich.

**Ich studiere**

seit / ab

an der (Fach-) Hochschule

im 1. Fachsemester  ja  nein

**Ich bin neben dem Studium**

über 20 Stunden in der Woche beschäftigt  ja  nein

an einer Firma/Gesellschaft beteiligt  ja  nein

selbstständig/freiberuflich tätig  ja  nein

Ich bin von der Versicherungspflicht befreit worden  ja  nein

**Ich bin als Studentin/Student**

krankenversicherungspflichtig  ja  nein

Geben Sie bitte an, bei welcher Krankenkasse Sie in den letzten 18 Monaten vor Beginn der Mitgliedschaft in der DAK Gesundheit versichert gewesen sind.

Bisherige Krankenkasse

**Vers.-Nr.:**

privat versichert  im Ausland

**Vermittlung Dr. Walter GmbH**

Bearbeitungsvermerk DAK Gesundheit

Geprüft

VKL

SPS