

So einfach werden Sie Mitglied:

1. Bitte drucken Sie den bereits vorausgefüllten Aufnahmeantrag aus.
2. Prüfen Sie, ob alle Ihre Daten richtig eingetragen sind und unterschreiben Sie das Formular.
3. Kündigen Sie ggf. die Mitgliedschaft bei Ihrer bisherigen Krankenkasse. Sie können dazu das beigefügte Musterschreiben nutzen. Gern senden Sie uns die ausgefüllte Kündigung unterschrieben zu. Wir übernehmen die Weiterleitung an Ihre aktuelle Krankenkasse.
4. Senden Sie bitte den Aufnahmeantrag und die notwendigen Nachweise

per Post an:



DAK-Gesundheit
FZ Vertrieb
78244 Gottmadingen

(Das Porto übernimmt die DAK-Gesundheit für Sie)

oder per Fax an:



040 33 470 129 786

oder per E-Mail an:



aufnahme@dak.de

5. Sie erhalten umgehend Ihre neue Versichertenkarte von der DAK-Gesundheit.
6. Fertig! Nun können Sie von den ausgezeichneten Vorteilen der Mitgliedschaft bei der DAK-Gesundheit profitieren.

DAK
Gesundheit



Porto
zahlt
Empfänger

Antwort

DAK-Gesundheit
FZ Vertrieb
78244 Gottmadingen

Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

ab _____

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon/Handy *
Straße, Nr., PLZ, Ort			
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	E-Mail *	

Nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt

Name at birth/Geburtsname	Place of birth/Geburtsort	Citizenship/Staatsangehörigkeit	Country of birth/Geburtsland
---------------------------	---------------------------	---------------------------------	------------------------------

Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

Ich bin

- Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r) arbeitslos (bitte Bescheid beifügen)
 hauptberuflich selbstständig Student(in) (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen) Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (bitte ggf. Rentenbescheid beifügen)
 _____ (z. B. Beamter, Hausfrau, Schwerbehinderter, Kind)

Beschäftigungs- / Studienbeginn _____ Arbeitgeber / Hochschule _____ Anschrift _____
 Name _____

- Monatl. Bruttoarbeitsentgelt _____ Euro Einmalige Einnahmen (z. B. 13. Monatsgehalt, Urlaubsgeld) Nein Ja _____ Euro
 Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert

Ich übe

- eine weitere Beschäftigung aus nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

Ich studiere

- zurzeit im _____ Fachsemester im Rahmen eines dualen Studiums 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 habe einen Rentenanspruch gestellt am _____ Ich beziehe Rente ab/seit _____
 Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (bitte ggf. Bescheid beifügen)
 Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz

Ich habe mich befreien lassen (bitte ggf. Bescheid beifügen) von der

- Krankenversicherungspflicht Rentenversicherungspflicht Pflegeversicherungspflicht
 Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen

Angaben zur Vorversicherung

Ich war zuletzt vom _____ bis _____ bei der _____ Name und Ort der Krankenkasse _____

- pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert über _____ Name des Hauptversicherten
 Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse bei. privat versichert Auslandsaufenthalt

Feststellung der Elterneigenschaft

Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?
 Nein Ja (bitte Nachweis beifügen)

Angaben zu Angehörigen

Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.
 * freiwillige Angaben

Datum, Unterschrift

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 206 SGB V oder § 28 o SGB IV und § 94 SGB XI in Verbindung mit § 50 SGB XI. Wir informieren Sie gern, wie wir Ihre Daten schützen.

Ausfertigung für Ihre Unterlagen

Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

ab _____

Bitte zurück an:

DAK-Gesundheit
FZ Vertrieb
78244 Gottmadingen
Fax: 040 33 470 129 786
E-Mail: aufnahme@dak.de

DAK
Gesundheit

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon/Handy *
Straße, Nr., PLZ, Ort			
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	E-Mail *	

Nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt

Name at birth/Geburtsname	Place of birth/Geburtsort	Citizenship/Staatsangehörigkeit	Country of birth/Geburtsland
---------------------------	---------------------------	---------------------------------	------------------------------

Angaben für die Prüfung der Versicherung bei der DAK-Gesundheit

Ich bin

- Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r) arbeitslos (bitte Bescheid beifügen)
 hauptberuflich selbstständig Student(in) (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen) Rentner(in)/Rentenantragsteller(in) (bitte ggf. Rentenbescheid beifügen)
 _____ (z. B. Beamter, Hausfrau, Schwerbehinderter, Kind)

Beschäftigungs- / Studienbeginn _____ Arbeitgeber / Hochschule _____ Anschrift _____
Name _____

• Monatl. Bruttoarbeitsentgelt _____ Euro Einmalige Einnahmen (z. B. 13. Monatsgehalt, Urlaubsgeld) _____ Euro Nein Ja

Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert

Ich übe

- eine weitere Beschäftigung aus nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf

Ich studiere

- zurzeit im _____ Fachsemester im Rahmen eines dualen Studiums 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 habe einen Rentenantrag gestellt am _____ Ich beziehe Rente ab/seit _____
 Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente/Pension) bzw. habe Versorgungsbezüge beantragt (bitte ggf. Bescheid beifügen)
 Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz

Ich habe mich befreien lassen (bitte ggf. Bescheid beifügen) von der

- Krankenversicherungspflicht Rentenversicherungspflicht Pflegeversicherungspflicht
 Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen/ausgeschlossen

Angaben zur Vorversicherung

Ich war zuletzt vom _____ bis _____ bei der _____ Name und Ort der Krankenkasse _____

pflichtversichert freiwillig versichert
Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse bei.

familienversichert über _____
 privat versichert

Name des Hauptversicherten _____
 Auslandsaufenthalt

Feststellung der Elterneigenschaft

Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?
 Nein Ja (bitte Nachweis beifügen)

Angaben zu Angehörigen

Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.
* freiwillige Angaben

Datum, Unterschrift _____

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 206 SGB V oder § 28 o SGB IV und § 94 SGB XI in Verbindung mit § 50 SGB XI. Wir informieren Sie gern, wie wir Ihre Daten schützen.

Empfänger

Krankenkasse

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Absender

Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Ort, Datum

Kündigung meiner Mitgliedschaft, Krankenversicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum _____ bzw. zum nächstmöglichen Termin.

Diese Kündigung umfasst auch alle bei Ihnen abgeschlossenen Wahltarife.

Gleichzeitig bitte ich um unverzügliche Ausstellung der Kündigungsbestätigung und ihre Zusendung, spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang meiner Kündigung bei Ihnen (§175 SGBV).

Von Rückwerbeversuchen bitte ich höflich Abstand zunehmen.

Mit freundlichen Grüßen
