

# Teilnahmeerklärung am DAK Garantietarif

Ja, ich möchte am **DAK Garantietarif** teilnehmen,  
ab **01.** \_\_ . **20** \_\_ (frühestens 1. des Folgemonats).

Vorname, Name  Geburtsdatum  Krankenversicherungsnummer (10-stellig)

Meine monatlichen Bruttoeinkünfte betragen zurzeit: \_\_\_\_\_ €

Ich wähle für den Zeitraum von drei Jahren den folgenden Wahltarif (Bitte zutreffenden Tarif ankreuzen)

Name des Tarifes	Einkommengrenzen monatlich brutto	Maximale Höhe des jährlichen Selbstbehaltes	Maximale Garantieprämie jährlich
<input type="radio"/> DAK Garantietarif 1	Keine Einkommengrenze	120,00 Euro	60,00 Euro
<input type="radio"/> DAK Garantietarif 2	Ab 2.000,00 Euro	300,00 Euro	160,00 Euro
<input type="radio"/> DAK Garantietarif 3	Ab 3.500,00 Euro	500,00 Euro	300,00 Euro
<input type="radio"/> DAK Garantietarif 4	Ab BBG – KV*	1.200,00 Euro	600,00 Euro

\* es gilt die jeweils in dem Kalenderjahr gültige Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung (z.B. für 2018: 4.425,00 € monatlich/53.100 € jährlich)

- Für Studierende und andere teilnahmeberechtigte Personen mit einem monatlichen Krankenversicherungsbeitrag von unter 120,00 Euro gilt der DAK Garantietarif 1.
- Ab Vertragsschluss besteht ein 14-tägiges Rücktrittsrecht. Dieses muss schriftlich ausgeübt werden.
- Ich bin ausführlich von der DAK-Gesundheit beraten worden. Die Informationen im Merkblatt habe ich aufmerksam gelesen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die DAK-Gesundheit alle ihr vorliegenden Abrechnungsdaten für medizinische Leistungen zur Berechnung meiner Prämie/meines Selbstbehaltes für Beratungszwecke und für erforderliche Auswertungen verwenden darf.

## Persönliche Angaben

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.

## Einzugsermächtigung und Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren für sonstige Forderungen

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die DAK-Gesundheit widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der DAK-Gesundheit auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird die DAK-Gesundheit mich/uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers  Gläubiger-Identifikationsnummer   Einzugsermächtigung liegt der DAK-Gesundheit schon vor.  
 DAK-Gesundheit, Nagelsweg 27 – 31, 20097 Hamburg  DE62DAK00001507397  
Kontoinhaber (Name, Vorname)  Name des Kreditinstituts (Name, Ort)   
IBAN (22 Stellen)

Ort  Datum

Unterschrift des Antragstellers/der zu versichernden Person

X

Unterschrift des Kontoinhabers (wenn abweichend)

X

# Teilnahmeerklärung am DAK Garantietarif

Ja, ich möchte am **DAK Garantietarif** teilnehmen,  
ab **01.** \_\_ . **20** \_\_ (frühestens 1. des Folgemonats).

Vorname, Name  Geburtsdatum  Krankenversicherungsnummer (10-stellig)

Meine monatlichen Bruttoeinkünfte betragen zurzeit: \_\_\_\_\_ €

Ich wähle für den Zeitraum von drei Jahren den folgenden Wahltarif (Bitte zutreffenden Tarif ankreuzen)

Name des Tarifes	Einkommengrenzen monatlich brutto	Maximale Höhe des jährlichen Selbstbehaltes	Maximale Garantieprämie jährlich
<input type="radio"/> DAK Garantietarif 1	Keine Einkommengrenze	120,00 Euro	60,00 Euro
<input type="radio"/> DAK Garantietarif 2	Ab 2.000,00 Euro	300,00 Euro	160,00 Euro
<input type="radio"/> DAK Garantietarif 3	Ab 3.500,00 Euro	500,00 Euro	300,00 Euro
<input type="radio"/> DAK Garantietarif 4	Ab BBG – KV*	1.200,00 Euro	600,00 Euro

\* es gilt die jeweils in dem Kalenderjahr gültige Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung (z.B. für 2018: 4.425,00 € monatlich/53.100 € jährlich)

- Für Studierende und andere teilnahmeberechtigte Personen mit einem monatlichen Krankenversicherungsbeitrag von unter 120,00 Euro gilt der DAK Garantietarif 1.
- Ab Vertragsschluss besteht ein 14-tägiges Rücktrittsrecht. Dieses muss schriftlich ausgeübt werden.
- Ich bin ausführlich von der DAK-Gesundheit beraten worden. Die Informationen im Merkblatt habe ich aufmerksam gelesen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die DAK-Gesundheit alle ihr vorliegenden Abrechnungsdaten für medizinische Leistungen zur Berechnung meiner Prämie/meines Selbstbehaltes für Beratungszwecke und für erforderliche Auswertungen verwenden darf.

## Persönliche Angaben

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.

## Einzugsermächtigung und Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren für sonstige Forderungen

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die DAK-Gesundheit widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der DAK-Gesundheit auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird die DAK-Gesundheit mich/uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers  Gläubiger-Identifikationsnummer   
 Einzugsermächtigung liegt der DAK-Gesundheit schon vor.  
Kontoinhaber (Name, Vorname)  Name des Kreditinstituts (Name, Ort)   
IBAN (22 Stellen)

Ort  Datum

Unterschrift des Antragstellers/der zu versichernden Person

X

Unterschrift des Kontoinhabers (wenn abweichend)

X

# DAK Garantietarif

## Merkblatt zum Selbstbehalttarif

(Bitte sorgfältig lesen!)

In diesem Merkblatt finden Sie die wichtigsten Informationen zu unserem Tarifmodell DAK Garantietarif.

### Selbstbehalt – Was ist das?

Bei einem Selbstbehalttarif tragen Sie die Kosten für alle medizinischen Behandlungen bis zu einer fest vereinbarten Summe (Selbstbehalt). Überschreiten die Behandlungskosten die vereinbarte Summe, übernehmen wir alle weiteren Kosten im gesetzlichen Rahmen in voller Höhe.

### Anrechnungsfreie Leistungen

Auch wenn Sie einen Selbstbehalttarif wählen, können Sie folgende Gesundheitsleistungen ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt in Anspruch nehmen:

- Behandlungskosten für mitversicherte Familienangehörige
- Vorsorgemaßnahmen im gesetzlich vorgesehenen Umfang (Krebsvorsorge, Gesundheits-Check ab 35 Jahre, empfohlene Impfungen und Zahnvorsorgeuntersuchung)
- Qualitätsgesicherte Kurse in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung und Suchtprävention
- Ärztliche und zahnärztliche Behandlungen ohne die Folgen einer Verordnung
- Kosten für die Pille zur Empfängnisverhütung (ärztliche Behandlung und Verordnung)
- Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen

### DAK Garantietarif: Prämie

Das Tarifmodell DAK Garantietarif ist vor allem dann für Sie interessant, wenn Sie keine oder nur sehr wenige Leistungen zu Lasten der DAK-Gesundheit in Anspruch nehmen. Und so funktioniert das Modell:

- Die volle Prämie erhalten Sie, wenn Sie keine anrechenbaren Leistungen zu Lasten der DAK-Gesundheit in Anspruch nehmen.
- Wenn Sie Leistungen zu Lasten der DAK-Gesundheit in Anspruch nehmen, vermindert sich die Prämie entsprechend.
- Übersteigen die anrechenbaren Leistungen Ihren maximalen Selbstbehalt, tragen wir als DAK-Gesundheit alle weiteren Kosten für Sie.

Ihre maximale Eigenbeteiligung errechnet sich aus der Differenz zwischen der Prämie und dem maximalen Selbstbehalt.

### Selbstbehalt: Hinweise und Tipps

Die ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung wird von den Krankenkassen grundsätzlich pauschal für alle Versicherten abgerechnet. Der einzelne Zahnarzt-/Arztbesuch wird Ihnen deshalb nicht auf den Selbstbehalt angerechnet. Die Folgekosten ärztlicher Verordnungen bzw. nicht pauschal abgerechneter Leistungen werden in tatsächlicher Höhe auf Ihren Selbstbehalt bis zur vereinbarten Obergrenze angerechnet. Betroffen sind Leistungen wie ambulante Operationen, Dialyse, Krankenhausaufenthalt, Kosten für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Krankengeld, Zahnersatz sowie sonstige Behandlungs- und Nebenkosten wie z. B. Fahrkosten. Es kann sich für Sie lohnen, kleinere Verordnungen privat zu zahlen.

### Weitere Informationen

#### Laufzeit

Wenn Sie sich für einen Selbstbehalt-Tarif entscheiden, sind Sie mindestens 3 Jahre an den Tarif gebunden. Während dieser Zeit können Sie Ihre Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit nicht kündigen. Sofern der Tarif nicht 3 Monate vor Ablauf der Bindungsfrist gekündigt wird, verlängert er sich um ein weiteres Jahr. Die zeitgleiche Teilnahme an einem weiteren Individualtarif sowie die Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V ist ausgeschlossen.

#### Zeitpunkt der Abrechnung

Erfahrungsgemäß nimmt die Abrechnung zwischen den Vertragspartnern (z. B. Ärzte, Zahnärzte, Apotheker) mit der DAK-Gesundheit mehrere Monate in Anspruch. Dadurch kann die Berechnung der Prämie oder des Selbstbehaltes erst ca. 7 Monate nach Ende des Quartals, in dem das Tarifjahr endete, durchgeführt werden.

(Beispiel: Beginn des Tarifes: 01.01.2018 – Ende des Tarifjahres: 31.12.2018 – Abrechnung: 01.07.2019)

### Informationen zum Datenschutz

Für die Berechnung Ihrer Prämie oder Ihres Selbstbehaltes ist es erforderlich, alle relevanten Abrechnungsdaten auszuwerten (§ 284 Abs. 1 Nr. 4, Abs. 3 SGB V i.V.m. § 53 SGB V). Die Abrechnungsdaten werden in einem Leistungskonto dargestellt und zu Prüfungs- und Beratungszwecken genutzt. Die Daten werden während der Laufzeit dieses Tarifes, jedoch maximal 4 Jahre aufbewahrt und anschließend gelöscht.

### Beispielberechnungen

Grundlage: DAK Garantietarif 2 (Prämie: 160 € – jährlicher Selbstbehalt: 300 €)

#### Beispiel 1

Sie haben keine medizinischen Leistungen in Anspruch genommen.

Sie erhalten die volle Prämie: 160 €

#### Beispiel 2

Sie haben medizinische Leistungen im Wert von 75 € in Anspruch genommen:

Sie erhalten eine Restprämie: 85 €

Verordnung Heilmittel 50 €

Verordnung Arzneimittel 25 €

Summe 75 €

Volle Prämie 160 €

Selbstbehalt 75 €

Restprämie 85 €

#### Beispiel 3

Sie haben medizinische Leistungen im Wert von 305 € in Anspruch genommen:

Die Summe übersteigt Ihren jährlichen Selbstbehalt.

Sie zahlen an die DAK-Gesundheit: 140 €

Verordnung Heilmittel 25 €

Verordnung Arzneimittel 100 €

Verordnung Hilfsmittel 180 €

Summe 305 €

Selbstbehalt 300 €

Volle Prämie 160 €

Zahlbetrag 140 €

(max. Eigenbeteiligung)