

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. Senden Sie bitte den Aufnahmeantrag und die notwendigen Nachweise

per Post an:



DAK-Gesundheit
SC Vertrieb
78244 Gottmadingen

(Das Porto übernimmt die DAK-Gesundheit für Sie)

oder per Fax an:



07731 90958 7000

oder per E-Mail an:



aufnahme@dak.de

4. Kündigen Sie ggf. umgehend die Mitgliedschaft bei Ihrer bisherigen Krankenkasse. Sie können dazu das beigefügte Musterschreiben nutzen. Bitte reichen Sie die Kündigungsbestätigung bei uns ein.
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
SC Vertrieb
78244 Gottmadingen

Ja, ich möchte Mitglied der DAK-Gesundheit werden

ab _____

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name, Vorname		Geburtsdatum	Telefon / Handy *
Anschrift			
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherten-Nr.	E-Mail *	
nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt			
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	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)
 _____ (z.B. Beamter, Hausfrau, Schwerbehinderter, Kind) (Bitte ggf. Rentenbescheid beifügen)

Beschäftigungs-/ Studienbeginn: _____ Arbeitgeber / Hochschule: _____

Name: _____ Anschrift: _____

- 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 } die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden
 Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig nein ja

- 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 von der (Bitte ggf. Bescheid beifügen)

- 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
 privat versichert Auslandsaufenthalt
Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse bei.

Feststellung der Elterneigenschaft

- Haben Sie ein Kind (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind)?
 nein ja (Bitte Nachweis beifügen)

Angaben zu Angehörigen

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

Empfehlen Sie uns gerne weiter – rufen Sie uns an.

Datum, Unterschrift

* freiwillige Angaben

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 möchte Mitglied der DAK-Gesundheit werden

ab _____

Bitte zurück an:

DAK-Gesundheit
SC Vertrieb
78244 Gottmadingen
Fax: 07731 90958 7000
E-Mail: aufnahme@dak.de

DAK
Gesundheit

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name, Vorname		Geburtsdatum	Telefon / Handy *
Anschrift			
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherten-Nr.	E-Mail *	
nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt			
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	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)
 _____ (z.B. Beamter, Hausfrau, Schwerbehinderter, Kind) (Bitte ggf. Rentenbescheid beifügen)

Beschäftigungs-/ Arbeitgeber / Hochschule
Studienbeginn

Name _____ Anschrift _____

- 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 } die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden
■ Ich bin neben meinem Studium selbstständig tätig nein ja

- 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 von der (Bitte ggf. Bescheid beifügen)

- 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(-in) / 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,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum _____
Bitte senden Sie mir innerhalb von 14 Tagen die Kündigungsbestätigung gemäß §175 SGB V zu.

Mit freundlichen Grüßen
