

Formular löschen

Grunddaten	Mitgliedschaft ab		
	Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
	Name		
	Vorname		
	Krankenversicherungsnummer		
	Rentenversicherungsnummer		
	Geburtsdatum		
	Straße, Hausnummer		
	PLZ, Ort		
	E-Mail		
	Telefon/Handy		
Angaben zur Prüfung der Versicherung	Ich bin	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Azubi <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> hauptberuflich selbstständig	
	Beschäftigungs-/Studienbeginn		
	Arbeitgeber/Hochschule NAME		
	Arbeitgeber/Hochschule ANSCHRIFT		
	erstmalige Beschäftigung in Deutschland	<input type="checkbox"/>	
Angabe Vorversicherung (bisherige Krankenkasse)	zuletzt versichert bei (Name der Krankenkasse)		
	Anschrift der letzten Krankenkasse		
	PLZ, Ort		
		<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt <input type="checkbox"/> familienversichert	
Angabe zu Kindern	Haben Sie ein Kind?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Sollen Angehörige (Kinder, Ehegatte) mitversichert werden?	<input type="checkbox"/>	
Angabe zur Familienversicherung	Ehegatte	Vorname	
		Familienname	
		Rentenversicherungsnummer	
		Geburtsdatum	
	Kind 01	Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
		Familienname	
		Rentenversicherungsnummer	
		Geburtsdatum	
	Kind 02	Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
		Familienname	
		Rentenversicherungsnummer	
		Geburtsdatum	
		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
		Partnernummer	
		VtR/AP	
		Straße, Hausnummer	
		PLZ, Ort	

Kündigung meiner Mitgliedschaft und Empfangsvollmacht für die Kündigungsbestätigung

Krankenversicherturnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum nächstmöglichen Termin. bzw. zum:
Gleichzeitig bitte ich um unverzügliche Ausstellung der Kündigungsbestätigung und Ihre Zusendung,
innerhalb von zwei Wochen nach Eingang meiner Kündigung bei Ihnen gemäß §175 SGB V.

Von Rückwerbeversuchen bitte ich Sie höflich Abstand zunehmen.

Vollmacht:

Für den Empfang der Kündigungsbestätigung bevollmächtige ich:

Diese Vollmacht beinhaltet alle Maßnahmen, die mit der Übermittlung und dem Empfang der
Kündigungsbestätigung in Zusammenhang stehen.

Senden Sie bitte die Kündigungsbestätigung an die Fax-Nr. _____ oder an die DAK-Gesundheit,
Postzentrum 22789 Hamburg.

Mit freundlichen Grüßen

Mit Sport und mehr zum Bonus.

Sie kümmern sich aktiv und regelmäßig um Ihre Gesundheit? Nehmen dazu z. B. die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch? Oder haben sogar selbst etwas in Ihre Gesundheit investiert? Dann sind Sie bereits auf dem besten Weg zum **DAKaktivLebenBonus**.

Mit welchen Voraussetzungen Sie zum Bonus kommen können, zeigen Ihnen die vier Kategorien, wobei regelmäßiger Sport (Kategorie A) in jedem Fall nachgewiesen werden muss.

Voraussetzungen (nach Kategorien)

A Regelmäßiges gesundheitsbewusstes Verhalten durch Sport

- Sport in einem Verein oder Vereinssport
- Sportabzeichen des DOSB
- Bescheinigung durch zertifizierten oder qualifizierten Anbieter (z. B. Fitnessstudio)

B Vorbeugende Gesundheitsmaßnahmen

- Früherkennung durch
 - Gesundheits-/Vorsorgeuntersuchungen
 - Check-up 35
 - Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen
- Verhütung durch
 - Schutzimpfungen
 - anerkannte Präventionskurse (auch online)
- zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung
- Professionelle Zahnreinigung (ab 18 Jahre)

C Nachweise zur gesundheitsbewussten Lebensführung

- Body-Mass-Index (BMI) im Normbereich
- Blutdruckwert im Normbereich
- Nichtraucherstatus
- Fitnessstest (2-km-Walking-Test, PWC-130-Test, IPN-Test)
- Impfschutz vollständig
- Teilnahme an Rückbildungsgymnastik bei qualifiziertem Anbieter
- Teilnahme an Eltern-Kind-Turnen

D Belege für selbstfinanzierte private Gesundheitsleistungen, u. a.:

- ärztliche und zahnärztliche Behandlung (z. B. Osteopathie, professionelle Zahnreinigung, sportmedizinische Untersuchung, Schutzimpfungen)
- homöopathische Arzneimittel, ärztlich verordnet
- Heilmittel, ärztlich verordnet (z. B. Krankengymnastik)
- Sehhilfen zur Verbesserung der Sehstärke (Brillengläser und Kontaktlinsen)
- Präventionskurse und Gesundheitskurse
- Vorsorge und Früherkennung über dem gesetzlichen Anspruch (z. B. Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft, Hautkrebsfrüherkennung vor dem 35. Lebensjahr)
- Besonderheit für selbstversicherte Kinder bis zum 16. Lebensjahr:
 - Zahnschutzschiene
 - Fahrradhelm
 - ärztlich verordnete Sporteinlagen
- Zusatzversicherung zur Ergänzung des gesetzlichen Krankenversicherung nach § 194 Abs. 1a SGB V

Unser TIPP: Bei Neuabschluss einer privaten Zusatzversicherung nach § 194 Abs. 1a SGB V sichern Sie sich Ihren Top Bonus von bis zu 252 Euro – einfach Kopie des Antrags beifügen.

Mögliche Bonushöhen für versicherte Mitglieder

Grundbonus		Maximaler Bonus	
70 Euro	110 Euro	140 Euro	210 Euro
Sport (A) + 2 Bestätigungen aus B	Sport (A) + 3 Bestätigungen aus B	Sport (A) + 2 Bestätigungen aus B + 2 Bestätigungen aus C	Sport (A) + 3 Bestätigungen aus B + 1 Beleg aus D*
		oder	oder
		Sport (A) + 2 Bestätigungen aus B + 1 Beleg aus D	Sport (A) + 3 Bestätigungen aus B + 2 Bestätigungen aus C
		oder	oder
		Sport (A) + 3 Bestätigungen aus B + 1 Bestätigung aus C	Sport (A) + 4 Bestätigungen aus B + 1 Bestätigung aus C

* 252,- statt 210 Euro, wenn Sie uns den Neuabschluss einer privaten Zusatzversicherung nach § 194 Abs. 1a SGBV nachweisen.

Nachweisbogen

für versicherte Mitglieder – Partnervertrieb

DAKaktivLebenBonus

Nachweise über **Grundvoraussetzungen**

Nachweis zu **regelmäßigem Sport** **A**

Datum, Unterschrift, Stempel/Leistungserbringer

+

Nachweis zu **B**

Datum, Unterschrift, Stempel/Leistungserbringer

+

Nachweis zu **B**

Datum, Unterschrift, Stempel/Leistungserbringer

Nachweise über **zusätzliche Voraussetzungen** für bis zu 252 Euro Maximalbonus

Nachweis zu

Datum, Unterschrift, Stempel/Leistungserbringer

Nachweis zu

Datum, Unterschrift, Stempel/Leistungserbringer

Nachweis zu

Datum, Unterschrift, Stempel/Leistungserbringer

Wenn Sie uns **zusätzlich zu den Grundvoraussetzungen** weitere Voraussetzungen nachweisen können, dann sind **bis zu 252 Euro Bonus** für Sie drin.

So geht es:

Tragen Sie in das Feld die Maßnahme und in den Kreis den Buchstaben der Kategorie ein, aus der die Inanspruchnahme bestätigt wird.

Beispiel:

Nachweis zu *Schutzimpfung* **B**

Sofern Sie eine selbstfinanzierte Gesundheitsleistung aus der Kategorie D nachweisen, können Sie statt Unterschrift/Stempel des Leistungserbringers auch nur den Beleg (Rechnung oder Ähnliches) zusammen mit dem Nachweisbogen einreichen. Tragen Sie bitte trotzdem in das Feld die Maßnahme und ein „D“ in den Kreis ein.

Hiermit erkläre ich die Teilnahme am **DAK**aktivLebenBonus

Versichertennummer

Geburtsdatum

Ein Nachweisbogen für meine familienversicherten Angehörigen ist beigelegt

Nachname

Vorname

Bitte überweisen Sie meinen Bonus auf folgendes Konto:

Kontoinhaber (falls nicht identisch mit Mitglied): Nachname, Vorname

IBAN

BIC

Geldinstitut: Name, Ort

Datum Unterschrift Mitglied

Nachweisbogen

für mitversicherte Familienangehörige – Partnervertrieb

Mitversicherter Angehöriger 1	Mitversicherter Angehöriger 2	Mitversicherter Angehöriger 3
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versichertennummer	Versichertennummer	Versichertennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Name	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Vorname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsdatum	Geburtsdatum
Nachweis zu regelmäßigem Sport A	Nachweis zu regelmäßigem Sport A	Nachweis zu regelmäßigem Sport A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum, Unterschrift, Stempel/Leistungserbringer	Datum, Unterschrift, Stempel/Leistungserbringer	Datum, Unterschrift, Stempel/Leistungserbringer
+	+	+
Nachweis zu 	Nachweis zu 	Nachweis zu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum, Unterschrift, Stempel/Leistungserbringer	Datum, Unterschrift, Stempel/Leistungserbringer	Datum, Unterschrift, Stempel/Leistungserbringer
+	+	+
Nachweis zu 	Nachweis zu 	Nachweis zu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum, Unterschrift, Stempel/Leistungserbringer	Datum, Unterschrift, Stempel/Leistungserbringer	Datum, Unterschrift, Stempel/Leistungserbringer

So geht es: Tragen Sie in das Feld die Maßnahme und in den Kreis den Buchstaben der Kategorie ein, aus der die Inanspruchnahme bestätigt wird.

Beispiel: Nachweis zu
Kindervorsorge U7 B

Hiermit erkläre ich die Teilnahme meiner familienversicherten Angehörigen am DAKaktivLebenBonus

Bitte überweisen Sie meinen/unseren Bonus auf folgendes Konto (wenn abweichend von Mitglied):

Kontoinhaber: Nachname, Vorname

IBAN

BIC

Geldinstitut: Name, Ort

✕

Datum Unterschrift

Bonusantrag

für mitversicherte Familienangehörige

DAKaktivLebenBonus

In zwei Schritten zum Bonus!

1. Bestätigungen einholen!

Mit der Erfüllung von drei der unten aufgeführten Voraussetzungen sichern Sie sich Ihren **DAKaktivLebenBonus**.

- Aus welchen Kategorien (A, B oder C) konkret Voraussetzungen erfüllt sein müssen, zeigen Ihnen die Bestätigungsfelder auf dem Nachweisbogen.
- Nachweise erbringen Sie in der Regel durch Bestätigung des jeweiligen Leistungserbringers (z. B. Arzt, Physiotherapeut, Sportverein, Anbieter etc.).
- Alternativ ist der Nachweis durch geeignete Unterlagen (z. B. Rechnungen, Teilnahmebescheinigung etc.) möglich.
- Beachten Sie bitte auch die gültigen Teilnahmebedingungen.
- Nennen Sie uns Ihre Bankverbindung, damit wir Ihnen Ihren Bonus auszahlen können.

2. Nachweisbogen an die DAK-Gesundheit.

Alles ausgefüllt bzw. alle Unterlagen beigelegt? Dann nimmt Ihr Experte der DAK-Gesundheit Ihre Antragsunterlagen gerne entgegen. Natürlich können Sie Ihre Nachweise auch gerne direkt an uns senden: DAK-Gesundheit, 22789 Hamburg.

Zur Auszahlung des Bonus muss das Versicherungsverhältnis bei der DAK-Gesundheit bestehen und wir die entsprechenden Nachweise erhalten haben. Welche Nachweise erforderlich sind, erläutern wir Ihnen ausführlich im Nachweisbogen.

Voraussetzungen (nach Kategorien)

A Regelmäßiges gesundheitsbewusstes Verhalten durch Sport

- Sport in einem Verein oder Vereinssport
- Sportabzeichen des DOSB
- Bescheinigung durch zertifizierten oder qualifizierten Anbieter (z. B. Fitnessstudio)

B Vorbeugende Gesundheitsmaßnahmen

- Früherkennung durch
 - Gesundheits-/Vorsorgeuntersuchungen
 - Check-up 35
 - Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen
- Verhütung durch
 - Schutzimpfungen
 - anerkannte Präventionskurse (auch online)
- zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen
- Professionelle Zahnreinigung (ab 18 Jahren)

C Nachweise zur gesundheitsbewussten Lebensführung

- Body-Mass-Index (BMI) im Normbereich
- Blutdruckwert im Normbereich
- Nichtraucherstatus
- Fitnessstest (2-km-Walking-Test, PWC-130-Test, IPN-Test)
- Impfschutz vollständig
- Teilnahme an Rückbildungsgymnastik bei qualifiziertem Anbieter
- Teilnahme an Eltern-Kind-Turnen

Bonus für mitversicherte Familienangehörige

100 Euro

Sport (A)
+ 2 Bestätigungen aus B und/oder C

Für jeden mitversicherten Angehörigen ist ein Bonus möglich!

Informationen zu den Teilnahmebedingungen **DAKaktivLebenBonus** der DAK-Gesundheit gemäß Satzung § 25 Bonus IV (www.dak.de/Satzung)

Teilnahmeberechtigter Personenkreis

Teilnahmeberechtigt sind alle Mitglieder der DAK-Gesundheit. Teilnehmende familienversicherte Angehörige haben einen Anspruch auf den Familienbonus, wenn sie die Voraussetzungen erfüllen.

Beginn und Ende der Teilnahme

Die Teilnahme am **DAKaktivLebenBonus** ist in Textform zu erklären. Der Teilnahmezeitraum beträgt ein Jahr und beginnt zum Ersten des laufenden Kalendermonats der Teilnahmeerklärung, jedoch nicht vor Beginn der Mitgliedschaft. Unabhängig hiervon endet die Teilnahme am Eingangstag der Kündigung oder bei einem anderweitigen Ende der Versicherung bei der DAK-Gesundheit.

Teilnahmevoraussetzungen

Voraussetzung für die erfolgreiche Teilnahme eines Mitgliedes oder familienversicherten Angehörigen ist, dass es/er mindestens zwei Maßnahmen in Anspruch genommen hat und sich zusätzlich regelmäßig sportlich betätigt (Teilnahme an einem qualitätsgesicherten Angebot zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens). Die Bonuspunkte können nach Maßgabe des Maßnahmenkatalogs erhöht werden. Wenn zusätzlich mindestens zwei von zehn weiteren Gesundheitsmaßnahmen nachgewiesen werden, verdoppelt sich die Anzahl der Punkte. Anstelle von zwei Gesundheitswerten im Normbereich kann das Mitglied die Gewährung des Bonus in Form eines zweckgebundenen Zuschusses zu den nachgewiesenen Kosten von selbstfinanzierten Leistungen wählen.

Maßnahmenkatalog **B**

Vorbeugende Gesundheitsmaßnahmen:

- Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25 und 26 SGB V
- Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V
- Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V
- zahnärztliche Vorsorge nach §§ 21,22,55 SGB V
- Professionelle Zahnreinigung (ab 18 Jahren)

Gesundheitsmaßnahmen „2 aus 10“ **C**

Als Nachweise zur gesundheitsbewussten Lebensführung werden anerkannt:

- Body-Mass-Index (BMI) im Normbereich
- Blutdruckwert im Normbereich
- Eltern-Kind-Turnen
- 2-km-Walking-Test: Messung der körperlichen Belastung auf der Laufbahn
- PWC-130-Test (Fahrradergometer): Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei Puls 130
- IPN-Test (Fahrradergometer): Bestimmung der individuellen körperlichen Leistungsfähigkeit
- Nichtraucherstatus
- Rückbildungsgymnastik
- vollständiger Impfschutz
- Weitere Maßnahme nach §§ 20, 20i, 25, 26 SGB V aus dem vorstehenden Maßnahmenkatalog

Nachgewiesene Kosten von selbstfinanzierten Leistungen **D**

- Akupunktur (durch Vertragsarzt)
- Babyschwimmen
- Sehhilfen zur Verbesserung der Sehstärke (Brillengläser und Kontaktlinsen)
- Hautkrebsfrüherkennung zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr
- Hebammenleistungen
- Körpermessgeräte zur kontinuierlichen Dokumentation von Distanzen und Gesundheitswerten
- Naturheilverfahren, durch Ärzte oder Heilpraktiker erbracht
- Osteopathie

- Professionelle Zahnreinigung
- zusätzliche Präventions- oder Gesundheitskurse
- Protektoren für Kinder bis 15 (z. B. Zahnschutzschiene, Kinderfahrradhelm)
- Schutzimpfungen für private Auslandsreisen und weitere (STIKO)
- sonstige ärztlich verordnete Arzneimittel
- sonstige vertragsärztlich verordnete Heilmittel (blaues Rezept)
- sonstige vertragsärztlich verordnete Hilfsmittel (blaues Rezept, z. B. Sporteinlagen für Kinder)
- sonstige vertragsärztliche Leistungen, die nicht vom gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte ausgeschlossen sind
- sportmedizinische Untersuchung
- Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchungen außerhalb des gesetzlichen Anspruches
- Zusatzdiagnostik zur Vorsorge in der Schwangerschaft
- Zusatzversicherung nach § 194 Abs. 1a SGB V

Hinweis: Professionelle Zahnreinigung kann nur als Maßnahme **B** oder **D** eingesetzt werden.

Die Nachweise sind spätestens einen Monat nach Ende des Teilnahmezeitraumes in Form des ausgefüllten Nachweisbogens oder in anderer geeigneter Form zu erbringen. Im Nachweisbogen werden die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen durch die Leistungserbringer bestätigt (Datum, Unterschrift, Stempel/Leistungserbringer). Die Auszahlung erfolgt auf Antrag innerhalb von 14 Tagen. Eine erneute Teilnahme bedarf eines schriftlichen Antrags. Eine Übertragung von Punkten in einen neuen Teilnahmezeitraum ist ausgeschlossen.

Bonushöhe und Auszahlung

In der Höhe ist der **DAKaktivLebenBonus** für das Teilnahmejahr sowohl für die Auszahlung als auch in Form des zweckgebundenen Zuschusses für nachgewiesene selbstfinanzierte Gesundheitsleistungen auf 210 Euro begrenzt. Für Mitglieder die den **DAKaktivLebenBonus** für den Neuabschluss einer Zusatzversicherung nach §194 Abs. 1a SGB V verwenden, wird der dem Bonus zu Grunde liegende Punktwert von 1 auf 1,2 Punkte angehoben. Das Ausstellungsdatum der Nachweise darf zum Zeitpunkt der Einreichung, d. h. frühestens ab Beginn der Teilnahme, nicht mehr als 24 Monate zurückliegen. Abhängig von den eingereichten Nachweisen ergeben sich folgende Ansprüche.

Mitglied:

- 2 Maßnahmen aus dem Maßnahmenkatalog + Sport = 70 Euro
- 2 Maßnahmen aus dem Maßnahmenkatalog + Sport + „2 aus 10“ oder Nachweis selbstfinanzierte Leistung = 140 Euro
- 3 Maßnahmen aus dem Maßnahmenkatalog + Sport = 110 Euro
- 3 Maßnahmen aus dem Maßnahmenkatalog + Sport + „2 aus 10“ oder Nachweis selbstfinanzierte Leistung = 210 Euro

Familienversicherte Angehörige:

- 2 Maßnahmen + Sport = 100 Euro

Der Anspruch auf nicht eingelöste Bonuszahlungen erlischt bei Beendigung oder Eingang der Kündigung des Versicherungsverhältnisses bei der DAK-Gesundheit. Die DAK-Gesundheit behält sich vor, den **DAKaktivLebenBonus** mit Wirkung für die Zukunft zu ergänzen, zu verändern oder einzustellen. Das gilt auch für den Fall gesetzlicher Änderungen oder Vorgaben durch die Aufsichtsbehörde. Hierfür übernimmt die DAK-Gesundheit keine Haftung.

Hinweis: Geldprämien sind ggf. steuerpflichtig. Die DAK-Gesundheit ist verpflichtet, eingelöste Prämien und Bonuszahlungen dem zuständigen Finanzamt zu melden. Weiterführende Informationen erhalten Sie vom Finanzamt oder von einem Steuerberater.

Liebe Kundin,
lieber Kunde,

die DAK-Gesundheit nimmt den Daten- und Verbraucherschutz sehr ernst.

Gerne möchten wir Sie zu Produkt- und Serviceangeboten informieren, die genau auf Ihren persönlichen Bedarf zugeschnitten sind – auch über unsere gesetzlichen Aufklärungspflichten hinaus. Dazu benötigen wir auf Grund der aktuellen Rechtslage Ihre Einverständniserklärung.

Ihre Einverständniserklärung ist freiwillig. Sie können diese selbstverständlich jederzeit bei uns mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die DAK-Gesundheit garantiert Ihnen die absolute Vertraulichkeit Ihrer Daten. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme

➔ jeweils eine Einverständniserklärung für **jeden** Versicherten

Mitglied

Angehörige ab 14. Lebensjahr

Name • Vorname		Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Straße • Hausnummer		Versicherten-Nummer	
PLZ • Ort		Telefon	
Zusatz zur Adresse		E-Mail	

Ich willige ein, dass meine freiwilligen Angaben für weitere Kontaktaufnahmen zur Information und Beratung über aktuelle bzw. besondere Leistungen und Serviceangebote durch die DAK-Gesundheit gespeichert und genutzt werden dürfen. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Ich bin damit einverstanden, dass die DAK-Gesundheit mich per...

Telefon

elektronischer Post (E-Mail, SMS)

über Leistungen, Produkte und Serviceangebote informiert bzw. berät.

Meine Einwilligungen kann ich jederzeit – ganz oder in Teilbereichen – bei der DAK-Gesundheit widerrufen.

Mitglied

Krankenversicherternummer

DSt

Beitragsfreie Familienversicherung für meinen Ehegatten

Für die beitragsfreie Familienversicherung benötigen wir einige Informationen zu Ihrem Ehegatten.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

A	Allgemeine Angaben	Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz sind Ehegatten gleichgestellt. Der Einfachheit halber verwenden wir hier ausschließlich den Begriff ‚Ehegatte‘.	
1	Vorname		
2	Abweichender Familienname <i>(bitte Heiratsurkunde beifügen)</i>		
3	Geburtsdatum		
4	Anschrift	Straße	
		PLZ/Ort	
		Land	
5	Rentenversicherungs-Nr.		
Zeilen 6 - 9 nur ausfüllen, falls Ihr Ehegatte noch keine eigene Rentenversicherungs-Nr. hat.			
6	<i>Diese Angaben benötigen wir für die Vergabe der lebenslangen, personengebundenen Krankenversicherternummer.</i>	Geburtsname	
7		Geburtsort	
8		Geburtsland	
9		Staatsangehörigkeit	
10	Mein Ehegatte soll bei mir beitragsfrei familienversichert sein ab		
Angaben zur Vorversicherung			
11	Wie war Ihr Ehegatte bisher krankenversichert	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> eigene Versicherung	
12	bis wann?	Datum	
13	bei welcher Krankenkasse/ Privatversicherung?	Name	
		Anschrift	
14	wer war der Hauptversicherte?	Name	
		Geburtsdatum	
15	Hat sich Ihr Ehegatte von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen?	<input type="checkbox"/> ja	
16	wann?	Datum	
17	bei welcher Krankenkasse?	Name	
		Anschrift	
Angaben zur Tätigkeit			
18	Mein Ehegatte befindet sich in Mutterschutz	<input type="checkbox"/> ja	
19	nimmt Elternzeit in Anspruch	<input type="checkbox"/> ja	
20	voraussichtlich bis	Datum	
21	Mein Ehegatte absolviert ein Studium	<input type="checkbox"/> ja	
22	voraussichtlich bis	Datum	
23	an folgender Uni/Fachhochschule	Name	
24	Mein Ehegatte ist verbeamtet	<input type="checkbox"/> ja	
25	falls „ja“: es besteht Anspruch auf Beihilfe oder Anspruch auf Krankheitsfürsorge in Anwendung der Beihilfevorschriften	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		<i>bitte Bescheinigung des Dienstherrn beifügen</i>	
26	Mein Ehegatte übt eine selbstständige Tätigkeit aus	<input type="checkbox"/> ja	
27	...mit folgendem Zeitaufwand	_____ Wochenstunden	
28	und beschäftigt Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Angaben zu Einkünften			
29	Selbstständige Tätigkeit <i>(Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.)</i>	vom _____ bis _____	mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €
30	Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob)	vom _____ bis _____	mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €
31	Bezug von Arbeitslosengeld II	vom _____ bis _____	
32	Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten	vom _____ bis _____	mtl. Zahlbetrag €
33		Art der Einkünfte	
34	Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts <i>(z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)</i>	vom _____ bis _____	mtl. Bruttoeinkünfte €
35		Einmalzahlung €	Sonderzahlung €
		Art der Einkünfte	
36	Mein Ehegatte hat Leistungsansprüche nach einem Versorgungsgesetz <i>(BVG, SVG, OEG o. ä.)</i>	<input type="checkbox"/> ja	

B	Unterschrift	Bei getrennt Lebenden reicht die Unterschrift des Ehegatten.
<p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Zustimmung meines Ehegatten zur Abgabe der erforderlichen Daten und die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen zu diesen Angaben werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich die Einkommensverhältnisse meines Ehegatten ändern oder mein Ehegatte selbst Mitglied der DAK-Gesundheit oder einer anderen Krankenkasse wird.</p>		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>		Für Rückfragen bin ich tagsüber erreichbar <i>(Angabe ist freiwillig)</i> Vorwahl: Rufnummer:
Datum/Unterschrift des Mitglieds		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>		
Datum/Unterschrift der/des Familienangehörigen		

Datenschutz-Hinweis § 67 a Abs. 3 SGB X. Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben.

bitte zurück an:

DAK-Gesundheit

Mitglied

Krankenversicherungsnummer

DSt

Beitragsfreie Familienversicherung für mein Kind/meine Kinder

Für die beitragsfreie Familienversicherung benötigen wir einige Informationen, die sich auf das Kind/die Kinder beziehen und ggf. auch auf Ihren Ehegatten.

Unsere erste Frage deshalb: Sind Sie verheiratet? ja nein

Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) sind Ehegatten gleichgestellt. Der Einfachheit halber verwenden wir ausschließlich den Begriff ‚Ehegatte‘. Wenn Sie eine gleichgeschlechtliche, eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG führen, geben Sie bitte an, dass Sie verheiratet sind.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

A		Angaben zum Kind/zu den Kindern, die Sie neu oder weiterhin bei uns familienversichern wollen			
Allgemeine Angaben		Kind		Kind	
1	Vorname				
2	Abweichender Familienname <i>(bitte Geburtsurkunde beifügen)</i>				
3	Geburtsdatum				
4	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
5	Das Kind ist mein... <i>*die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.</i>	<input type="checkbox"/> leibliches Kind	<input type="checkbox"/> Enkelkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind	<input type="checkbox"/> Enkelkind
		<input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> Pflegekind
6		<i>Falls Pflegekind: Es lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft</i>			
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7	Anschrift	Straße			
		PLZ/Ort			
		Land			
8	Rentenversicherungs-Nr.				
Zeilen 9 – 12 nur ausfüllen, falls das Kind noch keine eigene Rentenversicherungs-Nr. hat.					
9	<i>Diese Angaben benötigen wir für die Vergabe der lebenslangen, personengebundenen Krankenversicherungsnummer.</i>	Geburtsname			
10		Geburtsort			
11		Geburtsland			
12		Staatsangehörigkeit			
13	Das Kind soll bei mir beitragsfrei familienversichert sein ab				
Angaben zur Vorversicherung					
14	Wie war das Kind bisher krankenversichert?	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> familienversichert
		<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung
15	bis wann?	Datum			
16	bei welcher Krankenkasse/ Privatversicherung?	Name			
		Anschrift			
17	wer war der Hauptversicherte?	Name			
		Geburtsdatum			
Angaben zur Tätigkeit					
18	Zurzeit ausgeübte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Schulbesuch	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Schulbesuch
			<input type="checkbox"/> Berufsausbildung		<input type="checkbox"/> Berufsausbildung
			<input type="checkbox"/> Studium		<input type="checkbox"/> Studium
19	voraussichtlich bis	Datum	_____	_____	
Wichtig: Falls Schulbesuch bei Kind ab 23 Jahren, aktuelle Schulbescheinigung beifügen. Bei Studium im Ausland, Studienbescheinigung beifügen.					
20	Studium an der Uni/ Fachhochschule	Name			
21	Wehr-/Zivil- /Freiwilligendienst geleistet	vom – bis	–	–	
Wichtig: Dienstzeitbescheinigung beifügen					
Fortsetzung der Angaben zu Kind/Kindern auf der Rückseite					bitte wenden ►►►

Angaben zu Einkünften des Kindes/der Kinder					
22	Selbstständige Tätigkeit <small>(Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.)</small>	vom _____ bis _____ mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €	vom _____ bis _____ mtl. Bruttoeinkünfte (Gewinn) €		
23	Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob)	vom _____ bis _____ mtl. Bruttoeinkünfte €	vom _____ bis _____ mtl. Bruttoeinkünfte €		
24	Bezug von Arbeitslosengeld II	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____		
25	Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten	vom _____ bis _____ mtl. Zahlbetrag €	Art der Einkünfte	vom _____ bis _____ mtl. Zahlbetrag €	Art der Einkünfte
26	Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts <small>(z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)</small>	vom _____ bis _____ mtl. Bruttoeinkünfte €	Einmal-/Sonderzahlung €	vom _____ bis _____ mtl. Bruttoeinkünfte €	Einmal-/Sonderzahlung €
		Art der Einkünfte		Art der Einkünfte	
27	Es bestehen Leistungsansprüche nach einem Versorgungsgesetz (BVG, SVG, OEG o. ä.)	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> ja	

B Angaben zum Ehegatten		unbedingt ausfüllen, wenn Sie verheiratet sind, aber nur das Kind/die Kinder bei der DAK-Gesundheit familienversichert sein sollen.			
1	Vorname / Geburtsdatum	/			
2	Abweichender Familienname				
3	Mein Ehegatte ist mit dem Kind bzw. den Kindern verwandt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<i>falls „nein“ keine weiteren Angaben zum Ehegatten</i>	
4	Mein Ehegatte ist selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<i>falls „ja“ außer Zeile 5 keine weiteren Angaben zum Ehegatten</i>	
5	und zwar bei der _____ Name				
6	Mein Ehegatte hat eigene Einkünfte <small>falls „ja“: bitte auch Angaben zu Ihren Einkünften (Zeile 9)</small>	<input type="checkbox"/> nein <small>(z. B. Arbeitsentgelt einschl. Sachbezüge, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, gesetzliche und sonstige Renten, ausländische Rente, Versorgungsbezüge, Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen, Abfindungen, Einmal-/Sonderzahlungen wie z. B. Weihnachts- und Urlaubsgeld).</small>			
7		mtl. Bruttoeinkünfte €	Einmalzahlung €	Sonderzahlung €	
8		Art der Einkünfte			
9	Ich selbst habe folgende Einkünfte	<i>Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (siehe oben)</i>			
		mtl. Bruttoeinkünfte €	Einmalzahlung €	Sonderzahlung €	
		<i>Bitte angeben, da uns nicht zwingend alle Einkünfte bekannt sind.</i>			
zu Zeile 7–9		Bitte Einkommensnachweis beifügen (z. B. aktuellen Einkommensteuerbescheid, aktuelle Gehaltsbescheinigung), auch für Familienzuschläge (z. B. Verheirateten-/Kinderzuschläge).			

C Unterschrift		Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift der/des berechtigten Familienangehörigen.	
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Zustimmung der infrage kommenden Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten und die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen zu diesen Angaben werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich die Einkommensverhältnisse der infrage kommenden Familienangehörigen ändern oder familienversicherte Angehörige selbst Mitglied der DAK-Gesundheit oder einer anderen Krankenkasse werden.			
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	Für Rückfragen bin ich tagsüber erreichbar <small>(Angabe ist freiwillig)</small>	
Datum/Unterschrift des Mitglieds	Datum/Unterschrift der/des Familienangehörigen	Vorwahl:	
		Rufnummer:	