

Merkblatt

Wann brauche ich die gesetzliche Krankenversicherung der DAK?

- ✓ Sie möchten sich an einer Universität oder Fachhochschule immatrikulieren
- ✓ Sie möchten den gesetzlichen Versicherungsschutz

Wie kann ich mich anmelden?

1. Füllen Sie den nachfolgenden Antrag aus
2. Unterschreiben Sie den Antrag
3. Schicken Sie uns die Unterlagen per **Post** oder **Fax** oder
eingescannt per **E-Mail** zu

Sie sind noch an einer Sprachschule angemeldet oder Sie besuchen das Studienkolleg?

Bitte besuchen Sie www.klemmer-international.com/travel und wählen dort unser „students“- Versicherungsprodukt!

Klemmer International Versicherungsmakler GmbH

Am Sägbach 3 | 83674 Gaißach

fon +49 8041 7606-300

fax +49 8041 7606-350

e-mail travel@klemmer-international.com

web www.klemmer-international.com

Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

ab _____

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name, Vorname		Geburtsdatum	Telefon / Handy *
Anschrift		E-Mail *	
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherten-Nr.	Bei Adressänderung darf die Deutsche Post AG meine neue Anschrift an die DAK-Gesundheit weiterleiten.	
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)
(Bitte ggf. Rentenbescheid beifügen)
- _____ (z.B. Beamter, Hausfrau, Schwerbehinderter, Kind)

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
- 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 von der (Bitte ggf. Bescheid beifügen)

Krankenversicherungspflicht Rentenversicherungspflicht Pflegeversicherungspflicht

Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung erloschen / ausgeschlossen.

Angaben zur Vorversicherung

Ich war in den letzten 18 Monaten versichert bei _____ Name und Ort der Krankenkasse

pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert über _____ Name des Hauptversicherten

Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse
 liegt bei wird nachgereicht

Nur mit dieser Kündigungsbestätigung kann Ihre Mitgliedschaft bei der DAK-Gesundheit beginnen.

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(-in) / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Partnernummer

0 0 0 0 0 0 0 1 2 2 1 3

Datum, Unterschrift

Ausfertigung für Antragsteller(in)

Ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit

ab _____

Persönliche Angaben

Frau Herr

Name, Vorname		Geburtsdatum	Telefon / Handy *
Anschrift		E-Mail *	
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherten-Nr.	Bei Adressänderung darf die Deutsche Post AG meine neue Anschrift an die DAK-Gesundheit weiterleiten.	
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) Rentner(in) / Rentenantragsteller(in)
(Bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen) (Bitte ggf. Rentenbescheid beifügen)
 _____ (z.B. Beamter, Hausfrau, Schwerbehinderter, Kind)

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 in den letzten 18 Monaten versichert bei _____ Name und Ort der Krankenkasse
 pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert über _____ Name des Hauptversicherten

Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse
 liegt bei wird nachgereicht

Nur mit dieser Kündigungsbestätigung kann Ihre Mitgliedschaft bei der DAK-Gesundheit beginnen.

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(-in) / Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Partnernummer

0 0 0 0 0 0 0 1 2 2 1 3

Datum, Unterschrift

Lieber Kunde,

wir möchten Ihnen die Beitragszahlung so bequem wie möglich machen. Das SEPA-Lastschriftmandat ist für Sie die einfachste Lösung und hilft Verwaltungskosten sparen.

Bitte senden Sie das SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt und unterschrieben zurück. So ist die termingerechte Zahlung sichergestellt.

Wir bitten um Verständnis, dass wir das Formular im Original benötigen. Eine Übermittlung per FAX oder per Mail ist aufgrund der derzeitigen Rechtslage nicht mehr möglich.

Versicherte/r (Name, Vorname)

KVNR

Strasse, PLZ Ort

Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren – Beiträge

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

DAK-Gesundheit, Nagelsweg 27 – 31, 20097 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE69ZZZ00000194764

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die DAK-Gesundheit, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift 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 und mir / uns die Mandats-ID mitteilen.

gültig für Beiträge ab

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen (des Kontoinhabers)

IBAN (22 Stellen)

DE

BIC (11 Stellen)

Name des Kreditinstituts

Ort und Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Klemmer International Versicherungsmakler GmbH · Am Sägbach 3 · 83674 Gaißach

Klemmer International
Versicherungsmakler GmbH
Am Sägbach 3
83674 Gaißach

**Bitte nutzen Sie diese Seite als Deckblatt und senden
uns den Antrag an die abgedruckte Adresse zu**

Beitragsinformation für Studierende

Als Studierende/r in Deutschland müssen Sie über eine Krankenversicherung abgesichert sein. Diese Krankenversicherung ist eine wichtige Voraussetzung, um an einer Hochschule als Student eingeschrieben werden zu können.

Als Student besteht für Sie Versicherungsschutz in

- der Krankenversicherung,
- der Pflegeversicherung und
- der Unfallversicherung (während des Besuchs der Hochschule und auf den Wegen dazu).

Die Kranken- und Pflegeversicherung wird von uns als Ihrer Krankenkasse durchgeführt. Die Unfallversicherung besteht automatisch über die Hochschule. Der Versicherungsschutz beginnt im Allgemeinen mit dem Semester. Bei Einschreibung nach Beginn des Semesters beginnt die Versicherung mit dem Tag der Einschreibung.

Beitrag Krankenversicherung

76,07 EUR monatlich

Beitrag Pflegeversicherung ab 2017

16,55 EUR monatlich

Für Kinderlose ab dem 23. Lebensjahr ist ein Beitragszuschlag in Höhe von 1,62 EUR monatlich zu zahlen.

Unser Tipp:

Wenn Sie gesund leben und selten zum Arzt gehen, dann können Sie Geld sparen:
Mit dem [DAK Prämientarif](#).

Es gibt Geld dazu:

Bezieher von BAföG-Leistungen erhalten vom zuständigen Amt für Ausbildungsförderung ggf. einen monatlichen Zuschuss zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag. Die dafür erforderliche "Bescheinigung" erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse. DAK-Versicherte können sich diese Bescheinigung online im Formular-Center unter [DAKexklusiv](#) anfordern.

Der monatliche Zuschuss beträgt zum:
Krankenversicherungsbeitrag: 71,00 EUR
Pflegeversicherung: 15,00 EUR

Gesetzliche Grundlage zur Beitragsberechnung

Beitragssatz: es gelten 7/10 des allgemeinen Beitragssatzes

Bemessungsgrundlage/beitragspflichtige Einnahmen:

Beitragsbemessungsgrundlage für die Kranken- und Pflegeversicherung ist der Bedarfssatz nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz.

Einschreibung

Bei der Einschreibung müssen Sie der Hochschule eine Versicherungsbescheinigung vorlegen, die Ihnen von Ihrer Krankenkasse ausgestellt wird. Sie gilt in der Regel für das gesamte Studium.

Wenn Sie die Hochschule wechseln, ist eine neue Versicherungsbescheinigung erforderlich.

Die Versicherungsbescheinigung erhalten Sie von uns umgehend, sobald Sie uns den Mitgliedsantrag ausgefüllt zuschicken.

Dann erhalten Sie bei uns vom ersten Tag der Mitgliedschaft an einen vorbildlichen Versicherungsschutz.

Hinzu kommen viele weitere Pluspunkte, die für uns sprechen.

Zum Beispiel machen wir es Ihnen so einfach wie möglich: Sie schicken uns den Mitgliedsantrag und sind mit dem Beginn des Studiums voll versichert.

Nebenverdienst

Als ordentlicher Studierender können Sie neben Ihrem Studium eine Beschäftigung ausüben, wenn die Beschäftigung

- nicht mehr als 20 Stunden wöchentlich ausgeübt wird oder
- auf nicht mehr als 2 Monate befristet ist oder
- lediglich auf die Semesterferien begrenzt ist.

Sollten diese Grenzen überschritten werden, gelten Sie nichtmehr als Student, sondern als Beschäftigter und werden entsprechend sozialversicherungspflichtig.

Bevor Sie eine Beschäftigung aufnehmen, sollten Sie sich bei uns beraten lassen. Wir helfen Ihnen gern.

Ihre DAK Gesundheit