

## Mitglied werden bei der DAK-Gesundheit

### Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie ohne Online-Antrag:

**Noch einfacher:** Zum Online-Antrag  
für Arbeitnehmer und Auszubildende  
<https://kassenantrag.de/21>

#### Schritt 1: Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen, unterschreiben und abschicken

Die neu von Ihnen gewählte Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir und die neue Krankenkasse kümmern uns um alles Weitere. **WICHTIG:** Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen:

- per Direkt-Upload: Bitte alle Unterlagen einscannen und hochladen auf <https://kassensuche.de/antrag/21>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an [antrag@kassensuche.de](mailto:antrag@kassensuche.de) mailen
- per Fax: Bitte kostenfrei an die Nummer **0800-1003038** faxen
- per Post: Bitte schicken an:

**Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt**

#### Schritt 2: Arbeitgeber informieren

Sofern Sie angestellt tätig sind, müssen Sie bitte Ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über Ihre Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse informieren. Das können Sie ganz einfach mit dem Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigen. **Bitte beachten Sie:** Dieses Schreiben muss **direkt von Ihnen** an Ihren Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

### Geschafft! Sie erhalten in Kürze die Mitgliedschaftsbestätigung von Ihrer neuen Krankenkasse.

Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse die Bestätigung der Mitgliedschaft mit Beginndatum. Dieses Beginndatum teilen Sie dann bitte noch Ihrem Arbeitgeber mit und können dann alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen.

**Hinweise:** Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben. Aufgrund der notwendigen Verarbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen kann es bei einer Antragstellung in den letzten Tagen eines Monats passieren, dass die vorherige Kasse erst im Folgemonat über die Kündigung informiert wird und sich dadurch der Wechsel um einen Monat verschiebt. Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

**Datenschutz:** Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.  
Mehr Infos auf [www.kassensuche.de/datenschutz](http://www.kassensuche.de/datenschutz)  
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter [www.kassensuche.de/agb](http://www.kassensuche.de/agb)

# MITGLIEDSANTRAG

über Kassensuche GmbH / gesetzlicheKrankenkassen.de

– PARTNERVERTRIEB –

<input checked="" type="checkbox"/> Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der DAK-Gesundheit <b>ab</b>			Datum		
Herr <input type="checkbox"/>	Frau <input type="checkbox"/>	Divers <input type="checkbox"/>	Name		Vorname
Geburtsdatum		Telefon/Handy <i>(freiwillig)</i>		E-Mail <i>(freiwillig)</i>	
Straße			Nr.	PLZ	Ort
Rentenversicherungsnummer (RVNR)				Wohnhaft bei	
Geburtsname <i>Name at birth</i>			Geburtsort <i>Place of birth</i>		Nur ausfüllen, wenn noch keine Deutsche Rentenversicherungsnummer vorliegt. <i>Only complete if pension insurance number has not been issued yet.</i>
Staatsangehörigkeit <i>Citizenship</i>			Geburtsland <i>Country of birth</i>		

## VERSICHERUNGSRECHTLICHE ANGABEN (MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)	<input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Ich übe eine weitere Beschäftigung aus
<input type="checkbox"/> Student(in) <sup>1</sup>	Beginn der aktuellen Tätigkeit/Studienbeginn		<input type="checkbox"/> Ich übe nebenbei eine selbstständige Tätigkeit aus
Name Arbeitgeber/Hochschule			<input type="checkbox"/> Ich nehme erstmals eine Beschäftigung auf
Straße		Nr.	<input type="checkbox"/> Ich beziehe zusätzlich Arbeitslosengeld II
PLZ	Ort		<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente seit/ab <input type="text"/> Datum
Monatl. Bruttoarbeitsentgelt <input type="text"/> Euro			<input type="checkbox"/> Ich habe einen Rentenanspruch gestellt am <input type="text"/> Datum
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Einmalige Einnahmen	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Renten und/oder Versorgungsbezüge aus dem Ausland <sup>1</sup>
Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt/mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert		Summe <input type="text"/> Euro	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Pension) bzw. habe sie beantrag <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> Rentner(in)/Rentenantragsteller(in)		<input type="checkbox"/> Ich erhalte Leistungen nach einem Versorgungsgesetz <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/>	ab		<input type="checkbox"/> Ich bin Student(in) & selbstständig
			Wöchentliche Arbeitszeit <input type="text"/> Stunden
			<input type="checkbox"/> Ich mache ein Duales Studium
			<input type="checkbox"/> Ich arbeite neben dem Studium
Ich habe mich befreien lassen von:			
<input type="checkbox"/> Krankenversicherungspflicht		<input type="checkbox"/> Rentenversicherungspflicht	
<input type="checkbox"/> Pflegeversicherungspflicht			
<input type="checkbox"/> Für mich ist der Anspruch auf Familienversicherung ausgeschlossen/erloschen			

## LETZTE KRANKENVERSICHERUNG

Versichert von/bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> familienversichert
Name und Ort der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	Name des Hauptversicherten <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> privat versichert	
	<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt	

## ELTERNEIGENSCHAFTEN

Ich habe Kinder (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder)<sup>1</sup>

**X** \_\_\_\_\_  
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.

## ANGABEN ZU ANGEHÖRIGEN

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

Partnernummer	<input type="text"/>
Vermittlernummer	<input type="text"/>

<sup>1</sup> Bitte Nachweise bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

# Wechselmitteilung an Arbeitgeber

**An:**

Arbeitgeber

Empfänger (z.B. „Personalabteilung“)

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Absender:**

Nachname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Personalnummer:  
Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

krankenversichert sein.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift