



**Nützliche Informationen
für Vertriebspartner**

Die gesetzliche Krankenkasse

DAK
Gesundheit



Die richtige Entscheidung: DAK-Gesundheit	4
Das Prinzip der gesetzlichen Krankenkassen	6
Der Beitragssatz	7
Wichtige Kundengruppen	8
Versicherungspflichtige Arbeitnehmer	8
Freiwillig versicherte Arbeitnehmer	9
Freiwillige Versicherte	9
Selbstständige	10
Familien	10
Studenten	11
Informationen rund um den Kassenwechsel	12
Bindungsfristen	12
Kündigungsfristen	12
Sonderkündigungsrecht	12
Kündigungsablauf	13
Kostenübernahme bei laufenden Behandlungen	13
Nachweispflichten	14
Möglichkeiten zur Aufnahme aus einer privaten Krankenversicherung	14
Informationen zur Vergütung	15
Ihre Ansprechpartner bei der DAK-Gesundheit	15

Das deutsche Sozialsystem gehört nach wie vor zu den besten staatlichen Absicherungssystemen auf der Welt. Und die gesetzlichen Krankenversicherungen übernehmen hier eine ebenso wichtige wie verantwortungsvolle Rolle. Versicherungspflichtige und an einer freiwilligen Versicherung Interessierte finden ein breites Angebot an gesetzlichen Trägern. Und dementsprechend ein nicht weniger breites Angebot an Leistungen und Services.

Die DAK-Gesundheit zählt zu den ältesten gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland und ist zugleich mit über sechs Millionen Versicherten eine der größten Krankenkassen am Markt. Auf den folgenden Seiten finden Sie einige für Ihre Beratung hilfreiche Informationen – unter anderem auch zum Kassenwechsel.



Die richtige Entscheidung: DAK-Gesundheit

Unsere Mitglieder und Versicherten schätzen unsere Leistungsfähigkeit, unseren vielfältigen Service und finden bei uns die zeitgemäßen Möglichkeiten zur Absicherung. Beispielsweise mit attraktiven Wahlтарifen und Bonusprogrammen, die überzeugende finanzielle Vorteile bieten.

Bei uns gibt es aber nicht nur Geld zurück für eine gesunde Lebensweise. Sondern auch ein vielfältiges Leistungsangebot, mit dem wir unsere Mitglieder und Versicherten bei ihrer gesunden Lebensweise aktiv unterstützen.

Ausgezeichnet und zertifiziert

Mit unserer Leistungsfähigkeit und unserem Service überzeugen wir nicht nur viele Millionen Menschen. Auch in den kritischen Augen vieler Experten bieten wir Überdurchschnittliches. So wurden wir bereits mehrfach ausgezeichnet und der TÜV hat unsere anspruchsvolle Servicequalität zertifiziert.



Ihre Vorteile als Vertriebspartner

- **Garantierte Kundenbeziehung**

Ihr Kunde. Ihre Kundenbeziehung. Wir betreuen Ihren Kunden ausschließlich im unmittelbaren Bereich der Krankenversicherung. Für Sie wichtig: Zusatzversicherungen von unseren Kooperationspartnern werden wir Ihrem Kunden nicht aktiv anbieten! Versprochen.

- **Einfache Abwicklung**

Der Antrag auf Mitgliedschaft ist denkbar einfach. Es gibt bei uns z. B. keine Gesundheitsfragen, die vorab mit dem interessierten Neukunden besprochen werden müssen. Unterschreiben, ggf. bei der vorherigen Versicherung kündigen – das war es eigentlich schon. Großer administrativer Aufwand kommt auf Sie als Vertriebspartner nicht zu. Versprochen.

- **Schnelle Abrechnung**

So schnell und unkompliziert die Mitgliedschaft beantragt werden kann, so schnell und unkompliziert ist die Abrechnung. Sie werden auf Ihre Vergütung nicht lange warten müssen. Versprochen.

- **Persönliche Ansprechpartner**

Sie haben Fragen rund um die Vertriebspartnerschaft? Oder zu Produkten und Leistungen?

Damit Sie umgehend und direkt darauf Antworten bekommen, gibt es bei der DAK-Gesundheit ein kompetentes Team, das Sie exklusiv als Vertriebspartner betreut.

Darüber hinaus steht Ihnen ein persönlicher Ansprechpartner zur Seite, der Sie mit Rat und Tat unterstützt. Da bleiben keine Fragen offen. Versprochen.

Telefon: 069 71042271001
Telefax: 069 71042276001
partnervertrieb@dak.de
(montags bis freitags von 9 bis 16 Uhr)



Das Prinzip der gesetzlichen Krankenkassen

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist eine tragende Säule des deutschen Sozialversicherungssystems und Teil des deutschen Gesundheitssystems. Zur Versicherung über die GKV verpflichtet sind unter anderem alle Arbeitnehmer mit einem Brutto-Arbeitsentgelt unterhalb der Versicherungspflichtgrenze (2015: 54.900 Euro/Jahr).

Liegt das Brutto-Arbeitsentgelt im aktuellen Jahr oberhalb dieser Grenze, ist die freiwillige Versicherung bei einer GKV möglich.

- Mitglieder sind grundsätzlich 18 Monate an die von ihnen gewählte Krankenkasse gebunden.
- Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, können nur unter bestimmten Voraussetzungen Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung werden.

Im Einzelfall wenden Sie sich an unser Expertenteam im Partnervertrieb **069 71042271001**.

Aktuelle Werte (z. B. Versicherungspflichtgrenzen, Beitragssätze etc.) finden Sie auch unter www.dak.de/beitrag

Der Beitragssatz

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FWQG) am 1.1.2015 liegt der allgemeine Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung bei 14,6 %.

Arbeitgeber und -nehmer tragen diesen allgemeinen Beitragssatz zur Hälfte mit jeweils 7,3%. Der Gesetzgeber räumt den gesetzlichen Krankenkassen darüber hinaus die Möglichkeit ein, einen kassenindividuellen Beitragssatz zu erheben. Dieser wird von jeder gesetzlichen Krankenkasse eigenständig festgelegt.





Wichtige Kundengruppen

Im Allgemeinen gilt in Deutschland die Privatautonomie. Das heißt: Ein Vertragspartner ist nicht verpflichtet, einen Vertrag mit jedem abzuschließen. Mit dem sogenannten Kontrahierungszwang verpflichtet der Gesetzgeber jedoch ausdrücklich alle Krankenkassen dazu, ein Vertragsangebot anzunehmen. Die DAK-Gesundheit kann und wird also grundsätzlich keinen Kunden ablehnen oder die Aufnahme mit einer Gesundheitsprüfung verbinden. Eine Ablehnungsmöglichkeit besteht nur, wenn der potenzielle Kunde nicht versicherbar ist, weil z. B. die Vorversicherungszeit nicht erfüllt wird. Anhand der persönlichen Voraussetzungen ist zu prüfen, ob ein Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

Aktuelle Werte (z. B. Versicherungspflichtgrenzen, Beitragssätze etc.) finden Sie auch unter www.dak.de/beitrag

Versicherungspflichtige Arbeitnehmer

Liegt das Arbeitsentgelt von Arbeitnehmern unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze, können diese bei der DAK-Gesundheit Mitglied werden. Die Mitgliedschaft beginnt mit Eintritt der Versicherungspflicht (z. B. Beschäftigungsaufnahme) und endet mit dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht (z. B. Beschäftigungsende).

Bei einem Arbeitgeberwechsel bleibt die versicherte Person grundsätzlich Mitglied ihrer bisherigen gesetzlichen Krankenkasse. Selbstverständlich ist auch eine Weiterversicherung nach Beschäftigungsende möglich. Die Experten der DAK-Gesundheit beraten Sie dazu gern ausführlich.

Freiwillig versicherte Arbeitnehmer

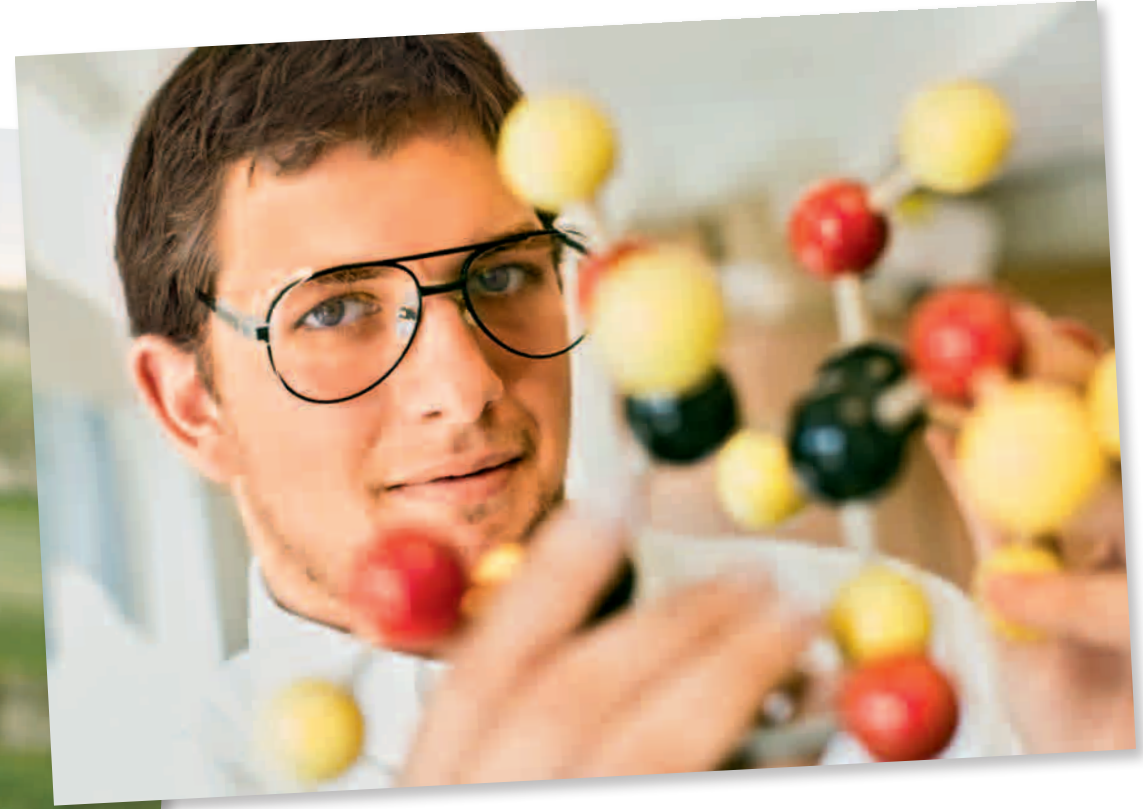
Natürlich können sich auch Personen bei der DAK-Gesundheit freiwillig versichern, die einer versicherungsfreien Beschäftigung nachgehen. Der Gesamtbeitrag liegt bei 639,38 Euro im Monat. Der Arbeitgeber trägt davon 301,13 Euro, der Arbeitnehmer 338,25 Euro.

Sofern kein Anspruch auf Krankengeld besteht, gilt der ermäßigte Beitragssatz (614,63 Euro/Monat = 288,75 Euro für den Arbeitgeber und 325,88 Euro für den Arbeitnehmer). Diese freiwillige Mitgliedschaft endet durch Kündigung oder mit Beginn einer Pflichtversicherung.

Freiwillige Versicherte

Beschäftigte, deren Jahresarbeitsentgelt oberhalb der gesetzlichen Pflichtgrenzen liegt, können sich bei der DAK-Gesundheit grundsätzlich freiwillig versichern.





Selbstständige

Sofern die erforderliche Vorversicherungszeit erfüllt ist, können sich auch Selbstständige bei der DAK-Gesundheit freiwillig versichern bzw. weiterversichern. Grundlage für die Beitragshöhe ist die monatliche Beitragsbemessungsgrenze von aktuell 4.125 Euro.

Auch eine Einstufung auf Basis der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen ist möglich. Dazu zählen alle Einnahmen und Geldmittel, die zum Lebensunterhalt gebraucht werden bzw. werden können. Der Nachweis darüber muss jährlich mit dem Einkommenssteuerbescheid erfolgen.

Wissenswert

● Stichwort Beitragsberechnung

Berechnet werden die Beiträge prozentual aus den beitragspflichtigen Einnahmen (mind. mtl. 2.126,25 Euro). Wird z. B. eine Existenzgründung mit Leistungen der Bundesagentur für Arbeit gefördert, gilt die niedrigere Mindestgrenze von 1.417,50 Euro. Die Experten der DAK-Gesundheit beraten Sie gern individuell zu diesem Thema.

Familien

Kinder und Ehepartner können bei der DAK-Gesundheit beitragsfrei mitversichert werden.

- Ihr regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen darf jedoch nicht über 405 Euro liegen.
- Bei geringfügig Beschäftigten beträgt die Grenze 450 Euro (Minijob).
- Eine Familienversicherung für pflichtversicherte Rentner ist nicht möglich!

Wissenswert

● Angaben bei Antragsstellung

Auf dem Mitgliedsantrag der DAK-Gesundheit müssen Sie angeben, ob Kinder oder Ehegatten beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Aktuelle Werte (z. B. Versicherungspflichtgrenzen, Beitragssätze etc.) finden Sie auch unter www.dak.de/beitrag

Studenten

Vorab: Studenten sind grundsätzlich versicherungspflichtig. Die Versicherungspflicht beginnt mit dem Semester, für das die Einschreibung erfolgt, frühestens mit dem Tag der Einschreibung.

Besteht jedoch eine Familienversicherung in der GKV, sind Studenten bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres in der Regel beitragsfrei familienversichert. Sofern sie über kein eigenes Einkommen verfügen, das die Grenzen (siehe auch „Wissenswert“) überschreitet.

Eine Verlängerung der Familienversicherung ist möglich um die Zeiten für den freiwilligen Wehrdienst, einen Freiwilligendienst nach dem Jugendfreiwilligendienstgesetz, einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer für die Dauer von höchstens zwölf Monaten. Mit Ende der Familienversicherung tritt Versicherungspflicht als Student ein.

Wissenswert

● Eigenes Einkommen

Studenten mit einem mtl. Gesamteinkommen von über 405 Euro müssen sich selbst versichern! Bei Minijobs beträgt die Grenze 450 Euro!

● Keine Versicherungspflicht als Student

Versicherungspflicht besteht nicht für Studenten, die nach anderen gesetzl. Regelungen pflichtversichert werden, sich freiwillig versichert haben oder von der Versicherungspflicht befreit sind. Dazu gehören z. B. vom Arbeitgeber bei Entgelt-Fortzahlung fürs Studium freigestellte Arbeitnehmer.

● Beitragshöhe

Bundesweit gelten folgende mtl. Beitragssätze für Studenten: Krankenversicherung 66,38 Euro*, Pflegeversicherung 14,03 Euro* (15,52 Euro* für kinderlose Studenten, die das 23. Lebensjahr vollendet haben).

● Ende der studentischen Versicherungspflicht

Die studentische Versicherungspflicht kann grundsätzlich bis zum Ende des Studiums in Anspruch genommen werden. Sie endet jedoch bei laufendem Studium mit Ablauf des 14. Fachsemesters, spätestens mit Ende des Semesters, in dem das 30. Lebensjahr vollendet wird.

*Stand: 01.01.2015



Informationen rund um den Kassenwechsel

Versicherte können ihre gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich frei wählen und auch wechseln. Beim Wechsel sind jedoch sowohl Bindungsfristen als auch Abläufe zu berücksichtigen, über die wir Sie hier informieren.

Bindungsfristen

Versicherte sind 18 Monate an die von ihnen gewählte gesetzliche Krankenkasse gebunden. Wurde ein Wahltarif gewählt, verlängert sich die Bindungsfrist auf bis zu drei Jahre. Die genaue Bindungsfrist ergibt sich aus den Satzungen des jeweiligen Wahltarifes.

Kündigungsfristen

Eine Kündigung ist mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende des Kalendermonats möglich, in dem die jeweilige Bindungsfrist abläuft.

Sonderkündigungsrecht

Bei einer Bindungsfrist von 18 Monaten besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Krankenkasse erstmalig einen kassen-individuellen Beitragssatz erhebt oder diesen erhöht.

Wichtig: Die Kündigung muss vorliegen, bevor die Erhebung oder Erhöhung des kassenindividuellen Beitragssatzes zum ersten Mal fällig wird! Über diesen Termin werden die Mitglieder von ihrer Krankenkasse mindestens vier Wochen vorher schriftlich informiert.

Kündigungsablauf

Eine Kündigung muss schriftlich durch den Versicherten erfolgen. Die bisherige Krankenkasse wird innerhalb von 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung ausstellen und dem Versicherten zusenden. Dieser leitet die Kündigungsbestätigung dann an seine neue Krankenkasse weiter. Beachten Sie bitte auch ggf. kündigungsrelevante Regelungen, die sich aus den Nachweispflichten ergeben.

Kostenübernahme bei laufenden Behandlungen

Jede neue Krankenkasse übernimmt alle laufenden vertraglichen Behandlungen. Ein Wechsel zur DAK-Gesundheit ist also auch dann möglich. Um einen reibungslosen Wechsel zu gewährleisten, empfehlen wir die Beratung durch die Experten der DAK-Gesundheit.



Wissenswert

- **Ohne Kündigungsbestätigung keine Mitgliedschaft**
Erst mit dem Erhalt der Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse kann die DAK-Gesundheit eine Mitgliedsbescheinigung ausstellen!
- **Keine Wartezeiten**
Für die Leistungsgewährung gibt es bei einem Wechsel zwischen gesetzlichen Krankenversicherungen keine Wartezeiten. Das gilt grundsätzlich auch beim gesetzlichen Krankengeld.
- **Keine Kündigung durch Ihren gesetzlichen Krankenversicherer**
Eine Kündigung seitens des Versicherers ist nicht vorgesehen. Die DAK-Gesundheit kann und wird demnach von sich aus Mitgliedern nicht kündigen!



Informationen zur Vergütung

Gern bedanken wir uns bei Ihnen mit einer attraktiven Aufwandsentschädigung für die erfolgreiche Vermittlung neuer Mitgliedschaften bei der DAK-Gesundheit.

Die Auszahlung der Vergütung erfolgt im gleichen Monat, in dem die Mitgliedschaft beginnt. Vorab müssen natürlich alle relevanten Unterlagen bei uns eingegangen sein. Dazu gehören der ausgefüllte, unterschriebene Mitgliedschaftsantrag, die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse und bei Selbstständigen z. B. auch noch der letzte Steuerbescheid.

Wissenswert

- **Nur neue Mitgliedschaften werden vergütet**
Für den neuen Kunden darf vorher keine Mitgliedschaft bei der DAK-Gesundheit bestanden haben.
- **Stornohaftungszeit 3 Monate**
Wenn die neue Mitgliedschaft bei der DAK-Gesundheit innerhalb von drei Monaten endet, ist die Vergütung zurückzuzahlen.

Nachweispflichten

Mit Beginn der Versicherungspflicht (z. B. Start einer Berufsausbildung oder Arbeitgeberwechsel) ist der Versicherte verpflichtet, der meldepflichtigen Stelle (z. B. Arbeitgeber) die Mitgliedsbescheinigung seiner gewählten Krankenkasse vorzulegen. Die Vorlage muss innerhalb von zwei Wochen nach Beginn der Versicherung erfolgen und wird bei einem Arbeitgeberwechsel automatisch von der neuen Krankenkasse veranlasst.

Sofern aufgrund eines Wechsels in eine private Krankenversicherung gekündigt wurde, muss der künftige Versicherungsschutz nachgewiesen werden. Arbeitnehmer weisen dies in der Regel dem Arbeitgeber nach, um gleichzeitig einen Beitragszuschuss für ihre private Absicherung zu beantragen. Selbstständige müssen den Nachweis über einen künftigen privaten Versicherungsschutz gegenüber ihrer bisherigen gesetzlichen Krankenversicherung erbringen. Andernfalls kann diese Mitgliedschaft nicht beendet werden.

Möglichkeiten zur Aufnahme aus einer privaten Krankenversicherung

Der Wechsel von einer privaten in eine gesetzliche Krankenversicherung ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Zum Beispiel

- wenn durch Gehaltsabsenkung das Jahresarbeitsentgelt unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt.

- bei Eintritt von Arbeitslosigkeit und Arbeitslosengeld-Bezug von der Bundesagentur für Arbeit.
- wenn durch Aufnahme einer Beschäftigung eine Versicherungspflicht eintritt.

Eine Versicherungspflicht tritt nicht ein, wenn die betroffene Person

- das 55. Lebensjahr vollendet hat und
- in den letzten fünf Jahren nicht gesetzlich versichert war und
- mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig gewesen ist.

Wissenswert

- **Sonderkündigungsrecht bei Nachweis einer Pflichtversicherung**

Wird eine Pflichtversicherung nachgewiesen, besteht gegenüber der privaten Versicherung ein Sonderkündigungsrecht. Ohne Einhaltung der sonst üblichen Fristen kann mit Beginn der Pflichtversicherung das Vertragsverhältnis durch den Versicherten gekündigt werden.

Ihre Ansprechpartner bei der DAK-Gesundheit

Sie möchten mehr über das System der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland erfahren? Sie haben Fragen zur Vermittlung von Mitgliedschaften bei der DAK-Gesundheit? Oder wünschen ergänzende Informationen zu unseren Leistungen und unserem Service?

Gern beraten wir Sie in einem persönlichen Gespräch ausführlich zu allen Themen rund um den Wechsel zur DAK-Gesundheit.

Unser Team für die Betreuung unserer Vertriebspartner freut sich auf den Kontakt mit Ihnen: 069 710 422 710 01 oder partnervertrieb@dak.de (Mo. bis Fr., 9 bis 16 Uhr).

Sie haben noch Fragen?

**Wir sind immer für Sie da,
rund um die Uhr an 365 Tagen.**

Alles über Leistungen, Beiträge und Mitgliedschaft:

DAKdirekt 040 325 325 555 zum Ortstarif

Allgemeine medizinische Fragen oder Fragen aus den
Bereichen Kinder- und Sportmedizin:

DAKGesundheitdirekt 040 325 325 800 zum Ortstarif

Ein Krankheitsfall im Urlaub oder im Ausland eine
medizinische Frage auf dem Herzen:

DAKAuslanddirekt +49 40 325 325 900

Einfach, bequem und sicher: der DAK-Onlineservice
für unsere Kunden – mit persönlichem Postfach.

Gleich registrieren und Passwort zuschicken lassen:

www.dak.de/meinedak

Persönliche Beratung online: der **DAKBeraterChat**
auf **www.dak.de/chat**

DAK-Gesundheit

Gesetzliche Krankenversicherung
Nagelsweg 27–31, 20097 Hamburg
www.dak.de



Servicequalität

www.tuv.com
ID 9105037967



W406-2307 / Gedruckt 01/15.

Nachträglich kann es z. B. durch Gesetzesänderungen
zu abweichenden Regelungen kommen. Aktuelle Auskünfte
erhalten Sie in Ihrem Servicezentrum der DAK-Gesundheit.

DAK
Gesundheit