

1. Angaben zur Person

Name, Vorname <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum	Rentenversicherungsnummer
Geburtsname	Geburtsort/Geburtsland	Familienstand
Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl/Wohnort	Telefon: E-Mail:
Ich habe Familienangehörige, die beitragsfrei mitversichert werden sollen <input type="checkbox"/> ja (Bitte senden Sie mir den Antrag zur Familienversicherung zu.) <input type="checkbox"/> nein		

Staatsangehörigkeit

- deutsch
 EU-/EWR-Staat¹ oder Schweiz
Bitte ergänzend den Fragebogen „Angaben zur Freizügigkeit“ ausfüllen.
 sonstige _____
Bitte Kopie der Niederlassungs- oder Aufenthaltserlaubnis beifügen.

2. Angaben zur letzten Krankenversicherung oder anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall in Deutschland

2.1 Ich habe seit _____ keine Absicherung im Krankheitsfall.

2.2 Bis zu diesem Zeitpunkt (s. Angabe zu Ziffer 2.1) war ich zuletzt

2.2.1 <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert in Deutschland bei _____ Name der Krankenkasse
<input type="checkbox"/> selbst versichert
<input type="checkbox"/> familienversichert über _____ Name, Vorname, Geburtsdatum

Wenn Sie das Feld unter Ziffer 2.2.1 angekreuzt haben, bitte weiter bei Ziffer 3.

2.2.2 <input type="checkbox"/> privat versichert in Deutschland bei _____ Name des Versicherungsunternehmens (Bitte entsprechende Unterlagen beifügen)

Wenn Sie das Feld unter Ziffer 2.2.2 angekreuzt haben, bitte weiter bei Ziffer 3.

2.2.3 <input type="checkbox"/> in einem „Sondersystem“ in Deutschland abgesichert (Bitte entsprechende Unterlagen beifügen)
<input type="checkbox"/> durch freie Heilfürsorge bzw. unentgeltliche truppenärztliche Versorgung
<input type="checkbox"/> aufgrund von Leistungen von einem Sozialhilfeträger (z. B. Grundsicherungsleistungen, Krankenhilfe)
<input type="checkbox"/> im Rahmen der Krankenhilfe von einem Jugendamt
<input type="checkbox"/> durch Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz
<input type="checkbox"/> aufgrund von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz im
<input type="checkbox"/> Rahmen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
<input type="checkbox"/> im Rahmen der Versicherung in der Postbeamtenkrankenkasse
<input type="checkbox"/> im Rahmen der Sachleistungsaushilfe nach dem über- und zwischenstaatlichen Recht
<input type="checkbox"/> im Rahmen der „Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem der EU“ im Rahmen einer
<input type="checkbox"/> Incoming-Krankenversicherung
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____ Name der Absicherungsform

Wenn Sie ein Feld unter Ziffer 2.2.3 angekreuzt haben, bitte weiter bei Ziffer 2.3.

2.2.5 <input type="checkbox"/> im Ausland (Bitte ergänzend den Fragebogen „Zusätzliche Angaben bei Zuzug bzw. Rückkehr nach Deutschland“ ausfüllen und weiter bei Ziffer 3)

2.3 Vor der Absicherung in einem Sondersystem war ich

2.3.1 <input type="checkbox"/> zuletzt gesetzlich versichert in Deutschland bei _____ Name der Krankenkasse
<input type="checkbox"/> selbst versichert
<input type="checkbox"/> familienversichert über _____ Name, Vorname, Geburtsdatum

2.3.2 <input type="checkbox"/> zuletzt privat versichert in Deutschland bei _____ Name des Versicherungsunternehmens (Bitte entsprechende Unterlagen beifügen)

2.3.3 <input type="checkbox"/> noch nie gesetzlich oder privat krankenversichert in Deutschland (Bitte ergänzend den Fragebogen „Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf“ ausfüllen und weiter bei Ziffer 3)

2.3.4 <input type="checkbox"/> Meine letzte Versicherung ist mir nicht bekannt. (Bitte ergänzend den Fragebogen „Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf“ ausfüllen und weiter bei Ziffer 3)

¹ Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern (griechischer Teil)

3. Angaben zur Beschäftigung oder Tätigkeit

Ich bin zurzeit

<input type="checkbox"/>	als Arbeitnehmer(in) beschäftigt und krankenversicherungsfrei bei Name und Anschrift des Arbeitgebers / Telefonnummer
<input type="checkbox"/>	selbstständig tätig als* wöchentliche Arbeitszeit: _____ Stunden (einschließlich Vor- und Nacharbeiten sowie Prüfaufwand für die Personalführung) Ich beschäftige _____ Arbeitnehmer, davon geringfügig: gesamtes monatliches Arbeitsentgelt aller geringfügig Beschäftigten _____ Euro * Fügen Sie bitte eine Kopie der Gewerbeanmeldung bei.
<input type="checkbox"/>	Beamter / Beamtin / Pensionär / Pensionärin
<input type="checkbox"/>	Hausfrau / Hausmann
<input type="checkbox"/>	Rentner / Rentnerin
<input type="checkbox"/>	Schüler / Schülerin / Umschüler / Umschülerin
<input type="checkbox"/>	Student / Studentin
<input type="checkbox"/>	Sozialhilfeempfänger / Sozialhilfeempfängerin
<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____

Ich bin aus dem Ausland zugezogen und war dort zuletzt tätig als*

(* Diese Frage ist nur zu beantworten, wenn Sie noch nie in Deutschland, in einem EU-/EWR-Staat, in der Schweiz, in Mazedonien, Tunesien oder in der Türkei gesetzlich oder privat versichert waren)

<input type="checkbox"/>	als Arbeitnehmer(in), mein Jahreseinkommen betrug _____ Euro.
<input type="checkbox"/>	Selbstständiger als _____
<input type="checkbox"/>	Beamter / Beamtin _____
<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____

4. Allgemeine Angaben

- 4.1 Ich bin von der Krankenversicherungspflicht auf Antrag befreit
 nein ja, bitte Nachweis beifügen
- 4.2 Ich bin von der Pflegeversicherungspflicht auf Antrag befreit
 nein ja, bitte Nachweis beifügen
- 4.3 Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen eigene Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit.
 Nein ja, bitte Nachweis beifügen
- 4.4 Ich habe Kinder (wg. Prüfung „Beitragszuschlag für Kinderlose“ in der Pflegeversicherung)
 nein ja, bitte Nachweis (z. B. Kopie der Geburtsurkunde, des Kindergeldbescheides oder des Familienstammbuches) beifügen

5. Beitragszahlung

Die Beiträge sollen von folgendem Konto abgebucht werden:

IBAN	BIC
Unterschrift Kontoinhaber lt. Ziffer 1 oder:	Name, Vorname, Unterschrift des Kontoinhabers:

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass unter Berücksichtigung der Vorschriften der §§ 45 und 50 SGB X auch Ersatz von meiner Person für Leistungen gefordert werden kann, sofern die hier gemachten Angaben nicht wahrheitsgemäß sind.

Datum	Unterschrift des Antragstellers/des gesetzlichen Vertreters
-------	---

Interne Datenschutzhinweise der Krankenkasse

**Anzeige zur Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI
hier: Zusätzliche Angaben bei Zuzug bzw. Rückkehr nach Deutschland**

Name, Vorname <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
---	--	---------------------

1. Wann sind Sie nach Deutschland eingereist bzw. zurückgekehrt?*

am _____

*) Der Wohnsitz innerhalb Deutschlands ist bei der Antragstellung durch eine Bestätigung des Einwohnermeldeamtes nachzuweisen.

2. Besteht über das Ausreiseland ein Krankenversicherungsschutz, der auch in Deutschland fortbesteht?

- ja
 nein
 ich weiß nicht

3. Unterlagen Sie im Ausland weiterhin dem deutschen Recht (z. B. als entsandter Arbeitnehmer oder als Urlauber)?

- ja
 nein
 ich weiß nicht

4. In welchem Ausland haben Sie sich zuletzt aufgehalten?

- EU-/EWR-Staat oder Schweiz
 Mazedonien, Tunesien oder Türkei
 Sonstiges, Staat: _____

5. Wie waren Sie im Ausland versichert?*

* Bitte entsprechende Unterlagen beifügen

<input type="checkbox"/> bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Ausland <input type="checkbox"/> bei einem privaten Versicherungsunternehmen im Ausland <input type="checkbox"/> im Rahmen einer privaten Auslandskrankenversicherung für Auslandsaufenthalte von mehr als 42 Tagen im Rahmen einer Auslands-Gruppenversicherung meines Arbeitgebers im Rahmen der „Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem der EU“ <input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> Sonstiges	<p align="center">Name der Absicherungsform _____</p>
---	---

6. Für Auslandsrückkehrer: In welchem Versicherungssystem waren Sie zuletzt vor Ihrem Auslandsaufenthalt in Deutschland versichert?*

* Bitte entsprechende Unterlagen beifügen

- in der GKV, bei der Krankenkasse _____
 in der PKV, bei dem Unternehmen _____

Hinweis zum Leistungsausschluss nach § 52a SGB V und § 33a SGB XI

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich folgenden Hinweis zur Kenntnis genommen habe:

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI oder auf Grund dieser Versicherungen in einer Versicherung nach § 10 SGB V bzw. § 25 SGB XI (Familienversicherung) missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Darüber hinaus bestätige ich, dass der Zuzug nach Deutschland nicht dem Zweck dient, im Rahmen der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI für mich *und meine familienversicherten Angehörigen**) Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der sozialen Pflegeversicherung missbräuchlich in Anspruch zu nehmen.

Kosten für Leistungen, die missbräuchlich in Anspruch genommen wurden, gelten als zu Unrecht erbrachte Leistungen und sind der Krankenkasse bzw. Pflegekasse gemäß § 50 SGB X zu erstatten.

*) Nichtzutreffendes bitte streichen

Ort, Datum _____

Unterschrift des Mitglieds _____

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten und der Erklärung erhalten zu haben.

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen _____

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Interne Datenschutzhinweise der Krankenkasse

**Anzeige zur Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI
hier: Angaben zur Freizügigkeit**

Name, Vorname <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Rentensicherungsnummer/Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
---	-------------------------------------	---------------------

Zum Zeitpunkt des Zuzugs war ich freizügigkeitsberechtigt nach der folgenden Nummer des § 2 Absatz 2 Freizügigkeitsgesetz/EU (**nur eine Auswahl ist möglich**):

- Nr. 1 Unionsbürger, die sich als Arbeitnehmer oder zur Berufsausbildung aufhalten wollen

Beginn der Beschäftigung: _____

Saisonarbeit: nein
 ja, voraussichtlich bis _____

Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

- Nr. 1a Unionsbürger, die sich zur Arbeitssuche aufhalten wollen

Folgende Eigenbemühungen zur Arbeitssuche habe ich bereits unternommen:

- Auswertung des Onlineportals der Arbeitsagentur „virtueller Arbeitsmarkt“
 Auswertung von Stellenanzeigen in Zeitungen, Fachzeitschriften und
 Internet gezielte Initiativbewerbungen und -gesprächen bei Arbeitgebern
 Arbeitsplatzsuche per Anzeige in Zeitungen und Fachzeitschriften Besuch
 von Arbeitsmarktbörsen
 Kontaktaufnahme zu privaten Vermittlern

- Nr. 2 Unionsbürger, wenn sie zur Ausübung einer selbständigen Erwerbstätigkeit berechtigt sind (niedergelassene selbständige Erwerbstätige)

Ich bin selbstständig tätig als* _____

Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden (einschließlich Vor- und Nacharbeiten sowie Zeitaufwand für Personalführung) Ich beschäftige _____ Arbeitnehmer, davon _____ geringfügig. Das gesamte Arbeitsentgelt aller geringfügig Beschäftigten beträgt _____ Euro.

*** Fügen Sie bitte eine Kopie der Gewerbeanmeldung bei.**

- Nr. 3 Unionsbürger, die, ohne sich niederzulassen, als selbständige Erwerbstätige Dienstleistungen im Sinne des Artikels 57 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union erbringen wollen (Erbringer von Dienstleistungen), wenn sie zur Erbringung der Dienstleistung berechtigt sind,

Ich bin selbstständig tätig als* _____

Ich bin selbstständig tätig ausschließlich in Deutschland
 in Deutschland und in _____

In Deutschland bin ich vorübergehend bis zum _____
 dauerhaft selbstständig tätig.

Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden (einschließlich Vor- und Nacharbeiten sowie Zeitaufwand für Personalführung) Ich beschäftige _____ Arbeitnehmer, davon _____ geringfügig. Das gesamte Arbeitsentgelt aller geringfügig Beschäftigten beträgt _____ Euro.

*** Fügen Sie bitte eine Kopie der Gewerbeanmeldung bei.**

- Nr. 4 Unionsbürger als Empfänger von Dienstleistungen

Hierunter fallen Unionsbürger, die sich z.B. als Tourist, Studien- oder Geschäftsreisender oder zur medizinischen Behandlung in Deutschland aufhalten. In diesen Fällen orientiert sich die Aufenthaltsdauer an dem Zeitraum des Erhalts der Dienstleistung und ist vorübergehend. Der Wohnsitz im Herkunftsland besteht weiter.

Nr. 5 nicht erwerbstätige Unionsbürger unter den Voraussetzungen des § 4 FreizügG/EU

Ich bin

Rentner/Rentnerin/Rentenantragsteller/Rentenantragstellerin

Persönliche Kennnummer: _____ (Rentenversicherungsnummer)

Empfänger/in* Antragsteller/in

folgender Rente:

Alter Invalidität Hinterbliebene

Arbeitsunfall Berufskrankheit

Name des Rentenversicherungsträgers: _____

Anschrift des Rentenversicherungsträgers: _____

*** Fügen Sie bitte eine Kopie des Rentenbescheides bei. Sofern sie mehrere Renten beziehen, benötigen wir für alle Renten einen Nachweis.**

Student/Studentin

sonstige nichterwerbstätige Person

Nr. 6 Familienangehörige unter den Voraussetzungen der §§ 3 und 4 FreizügG/EU

Ich bin

Familienangehörige/r eines Arbeitnehmers bzw. einer Arbeitnehmerin

Familienangehörige/r einer selbständig erwerbstätigen Person

Familienangehörige/r eines Dienstleistungsempfängers bzw. einer Dienstleistungsempfängerin

Familienangehörige/r einer nicht erwerbstätigen Person

Nr. 7 Unionsbürger und ihre Familienangehörigen, die ein Daueraufenthaltsrecht (§ 4a FreizügG/EU) erworben haben.

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht.

Datum

Unterschrift des Antragstellers/des gesetzlichen Vertreters

Interne Datenschutzhinweise der Krankenkasse

Name, Vorname <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
---	--	---------------------

1. Angaben zur eigenen Person

a) früher geführte Namen

b) Zeiten der Schulausbildung (lückenlose Angabe ist erforderlich)

von	bis	Schule (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)

c) Zeiten der Erwerbstätigkeit (Erwerbsbiographie) (lückenlose Angabe ist erforderlich)

Eine Erwerbstätigkeit habe ich erstmalig aufgenommen (auch im Ausland) am _____
 Folgende Erwerbstätigkeiten wurden von mir ausgeübt:

von	bis	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)

2. Angaben zum Ehegatten

Verheiratet vom _____ bis _____ mit (Name, Vorname, Geburtsdatum des Ehegatten) _____

Während dieser Zeit war mein Ehegatte wie folgt erwerbstätig und krankenversichert (lückenlose Angabe ist erforderlich):

von	bis	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)

3. Angaben über die Eltern

zur Feststellung des Versicherungsstatus im Kindesalter:

Name, Vorname des Vaters	Geburtsdatum	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)

Name, Vorname der Mutter	Geburtsdatum	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht.

Datum	Unterschrift des Antragstellers/des gesetzlichen Vertreters
-------	---

Interne Datenschutzhinweise der Krankenkasse