

**1. Angaben zur Person**

Name, Vorname <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Familienstand
Geburtsname	Geburtsort/Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl/Wohnort	Telefon: E-Mail:
Kinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bankverbindung (Kontonummer, BLZ, Geldinstitut)	

**2. Angaben zur letzten Versicherung in Deutschland\*)**

<input type="checkbox"/> Eigene Versicherung		<input type="checkbox"/> Familienversicherung
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert		<input type="checkbox"/> Privatversichert
vom	bis	Gesetzliche Krankenkasse/Private Krankenversicherung

2.1 Ich war bisher weder selbst oder über meine Eltern/Ehegatte gesetzlich oder privat krankenversichert ☐ ja ☐ ist mir nicht bekannt\*\*)

2.2 Wer hat in der Vergangenheit die Kosten im Falle der Krankheit getragen (z.B. ärztliche/zahnärztliche Behandlung, Krankenhauskosten usw.)? \_\_\_\_\_

\*) Bei Zuzug aus dem Ausland ist der Fragebogen „Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland“ auszufüllen.

\*\*) Bitte den Fragebogen „Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf“ ausfüllen.

**3. Ergänzende Angaben**

3.1 Ich begründe meinen ständigen Wohnsitz seit \_\_\_\_\_ in Deutschland \*\*\*).

3.2 Ich bin am \_\_\_\_\_ aus \_\_\_\_\_ nach Deutschland eingereist bzw. aus dem Ausland zurückgekehrt \*\*\*).

3.3 Es bestehen Ansprüche auf Krankenversicherung/-versorgung gegenüber einem ausländischen gesetzlichen Versicherungsträger im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts ☐ ja ☐ nein

3.4 Ich habe Leistungen von einem Sozialhilfeträger erhalten ☐ ja ☐ nein  
Ich bin am \_\_\_\_\_ aus dem Leistungsbezug ausgeschieden (bitte Bescheid beifügen).  
Grund: \_\_\_\_\_

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

**4. Angaben zur ausgeübten Tätigkeit (z.B. Arbeitnehmer, Beamter, Selbständiger)**

Ich bin (tätig als):	Ich war zuletzt (tätig als):
Wenn Arbeitnehmer: Besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens 6 Wochen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**5. Regelmäßige monatliche Einnahmen** (bitte Nachweis z.B. Lohn-/Gehaltsabrechnung, letzten Steuerbescheid beilegen)

Einnahmen/Einkommen aus	Selbständiger Tätigkeit	Brutto-Lohn/Gehalt einschl. Einmalzahlg.	Miete, Pacht Zinsen	Rente, Pension	Sonst. Einnahmen

Ich beziehe Leistungen von einem Sozialhilfeträger bzw. habe Leistungen beantragt ☐ ja ☐ nein  
Wenn ja, (Name, Anschrift des Sozialhilfeträgers, Datum der Antragstellung): \_\_\_\_\_

Wurde die eidesstattliche Versicherung abgegeben (vgl. §§ 807, 899 ff. ZPO bzw. § 284 AO)? ☐ ja ☐ nein  
Wenn ja, wann und wem gegenüber: \_\_\_\_\_

**6. Beitragszahlung**

Die Beiträge sollen von folgendem Konto abgebucht werden:	
Kontonummer	Bankleitzahl
Geldinstitut (Zweigstelle) und Ort	
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	Wird von der Krankenkasse ausgefüllt Voraussetzungen erfüllt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Versicherungsbeginn: Monatlicher Beitrag:
-------	---	--

Hinweis nach § 67 a Absatz 3 Sozialgesetzbuch X:  
Die erbetenen Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und Ermittlung der Beiträge zur Krankenversicherung sowie zur Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht in der sozialen Pflegeversicherung erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind für die Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nr. 1 und 3 SGB V in Verbindung mit §§ 206 Abs. 1 Nrn. 1 und 2, 227 und 240 SGB V. Für die Pflegeversicherung sind die §§ 94 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XI und 50 Abs. 3 SGB XI maßgebend. Die Angabe der Telefonnummer und E-Mailadresse ist freiwillig

## Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland

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

**1. Besteht über das Ausreiseland ein Krankenversicherungsschutz, der auch in Deutschland fortbesteht?** ☐ ja ☐ nein

**2. Auslandsrückkehrer mit deutscher Staatsangehörigkeit**

Wurde im Ausland eine Berufstätigkeit ausgeübt? ☐ ja ☐ nein  
 Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**3. Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit (EU/EWR-Staaten, Schweiz)**

Liegt eine Bescheinigung über das Aufenthaltsrecht bzw. Aufenthaltserlaubnis-EU vor?\*)  
 (bitte Bescheinigung beifügen) ☐ ja ☐ nein

\*) Hinweis für die Krankenkasse: Maßgebend in den Fällen des § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V

**4. Personen, die über keine Staatsangehörigkeit nach Nr. 2 und 3 verfügen**

4.1 Liegt eine Niederlassungs- oder Aufenthaltserlaubnis für mehr als 12 Monate vor?  
 (bitte Bescheinigung beifügen) ☐ ja ☐ nein

4.2 Besteht nach dem Aufenthaltsgesetz die Verpflichtung zur Sicherung  
 des Lebensunterhalts? ☐ ja ☐ nein

4.3 Wurde ein Asylantrag gestellt? ☐ ja ☐ nein

4.4 Besteht ein Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?  
 Wenn nein, weshalb: \_\_\_\_\_ ☐ ja ☐ nein

**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.
------------------	--	--

Ergänzende Datenschutzhinweise (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses sowie eines etwaigen Leistungsausschlusses (§§ 10, 52a, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 33a SGB XI) zu erheben.