

Prüfung der Versicherungspflicht gem.
§ 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Personen-Nr. (Vers.-Nr.) (sofern vorhanden)

Anlage zum Antrag vom

1. Angaben zur Person
Herr Frau Name Vorname
Straße, Postfach/
Zustellergänzung
Postleitzahl, Wohnort Geburtsdatum Haus-Nr.

2. Angaben zur letzten Krankenversicherung (ggf. auch außerhalb Deutschlands)⁹⁾
 Gesetzlich krankenversichert bei Name der Krankenkasse von bis
im Rahmen einer Pflichtversicherung Freiwilligen Versicherung Familienversicherung
 Privat krankenversichert bei Name der Gesellschaft von bis
¹⁾ Bei Zuzug aus dem Ausland ist der Pkt. 7 dieses Fragebogens auszufüllen.
Nach der Beendigung der o. g. Krankenversicherung war ich wie folgt krankenversichert:
 über meine Eltern über meinen Ehegatten über meinen Lebenspartner gem. Lebenspartnerschaftsgesetz und zwar: Name der Krankenkasse Name der Gesellschaft
 gesetzlich privat
Nach der Beendigung der o. g. Krankenversicherung war ich **nicht** krankenversichert und im Krankheitsfall (z. B. ärztliche/zahnärztliche Behandlungen) habe ich die Kosten selbst getragen:
 ja es sind keine Kosten angefallen nein, sie wurden von getragen.

3. Ergänzende Angaben
3.1. Ich habe meinen ständigen Wohnsitz seit dem in Deutschland.²⁾ ²⁾ Der Wohnsitz innerhalb Deutschlands ist bei der Antragstellung durch eine Bestätigung des Einwohnermeldeamtes nachzuweisen.
3.2. Ich bin am aus nach Deutschland eingereist bzw. zurückgekehrt.
3.3. Es bestehen Ansprüche auf eine Krankenversicherung/-versorgung gegenüber einem ausländischen 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 (Nachweis erforderlich)
Grund

4. Angaben zur ausgeübten Tätigkeit
Ich **bin** (tätig als): Arbeitnehmer (Angestellter bzw. Arbeiter) Beamter Selbständiger und Freiberufler einschl. Subunternehmer nicht erwerbstätig (einschl. Hausfrau/Hausmann) Rentner bzw. Pensionär Student, Auszubildender bzw. Beamtenanwärter Kind/Schüler
Ich **war** zuletzt (tätig als): Arbeitnehmer (Angestellter bzw. Arbeiter) Beamter Selbständiger und Freiberufler einschl. Subunternehmer nicht erwerbstätig (einschl. Hausfrau/Hausmann) Rentner bzw. Pensionär Student, Auszubildender bzw. Beamtenanwärter Kind/Schüler

5. Regelmäßige monatliche Einnahmen
(bitte Nachweis, z. B. Lohn-/ Gehaltsabrechnung, beilegen) aus meiner **jetzigen** Tätigkeit EUR aus meiner **letzten** Tätigkeit EUR
Ich beziehe Leistungen von einem Sozialhilfeträger bzw. habe Leistungen beantragt
Name und Anschrift des Sozialhilfeträgers Datum der Antragstellung
 nein ja, bei

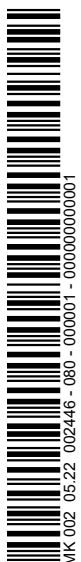
6. Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf
Angaben zur Feststellung des Versicherungsstatus im Kindesalter: Name, Vorname des Vaters Geburtsdatum Krankenkasse / Krankenversicherer
Name, Vorname der Mutter Geburtsdatum Krankenkasse / Krankenversicherer
Angaben zur eigenen Person: Zeiten der Erwerbstätigkeit (Erwerbsbiographie) – es ist eine lückenlose Angabe erforderlich: Anlage(n) beigefügt: ja, Anzahl nein
Ich habe erstmals eine Erwerbstätigkeit (auch im Ausland) aufgenommen am
Folgende Erwerbstätigkeiten wurden von mir ausgeübt³⁾:

von	bis	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber/Einkommen	Krankenkasse/Krankenversicherer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland
7.1. Besteht über das Ausreiseland ein Krankenversicherungsschutz, der auch in Deutschland fortbesteht? ja nein
7.2. **Auslandsrückkehrer mit deutscher Staatsangehörigkeit**
7.2.1. Wurde im Ausland eine Berufstätigkeit ausgeübt? ja nein
Wenn ja, welche?
7.3. **Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit (EU/EWR-Staaten, Schweiz)**
7.3.1. Liegt eine Bescheinigung über das Aufenthaltsrecht bzw. Aufenthaltserlaubnis-EU vor? (Bitte Bescheinigung beifügen) ja nein
7.4. **Personen, die über keine Staatsangehörigkeit nach Nr. 7.2. und 7.3. verfügen**
7.4.1. Liegt eine Niederlassungserlaubnis oder Aufenthaltserlaubnis für mehr als 12 Monate vor? (bitte Bescheinigung beifügen) ja nein
7.4.2. Besteht nach dem Aufenthaltsgesetz die Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts? ja nein
7.4.3. Wurde ein Asylantrag gestellt? ja nein
7.4.4. Besteht ein Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz? ja nein
Wenn nein, weshalb:

Die vorstehenden Angaben habe ich vollständig und wahrheitsgemäß gemacht. Darüber hinaus bestätige ich, dass der Zuzug nach Deutschland nicht dem Zweck dient, im Rahmen der privaten Kranken- oder Pflegepflichtversicherung für mich daraus Leistungen missbräuchlich in Anspruch zu nehmen (s. Seite 2 von 2). Kosten für Leistungen, die missbräuchlich in Anspruch genommen wurden, gelten als zu Unrecht erbrachte Leistungen und sind dem Versicherungsunternehmen gemäß § 812 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) zu erstatten.

Ort, Datum Unterschrift der unter 1. aufgeführten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters



**Hinweis zum Leistungsausschluss nach § 33a SGB XI
(Elfte Buch, Sozialgesetzbuch)**

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

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung, in die sie aufgrund einer privaten Krankenversicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.