

AOK PLUS
 Privatkunden-Center
 01058 Dresden

Interner Vermerk
 ZWKR/Antrag ZR Versicherte

**Fragebogen zur Prüfung der Ausstellung einer Anspruchsbescheinigung
 für Personen, die in einem EU-/EWR-Staat, in der Schweiz bzw. im Vereinigten Königreich wohnen**

1.	Persönliche Angaben (Versicherte/r) ¹	
1.1	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers	
1.2	Name, Vorname:	
1.3	Geburtsdatum:	
1.4	Staatsangehörigkeit:	
1.5	Deutsche Krankenversicherungsnummer:	
1.6	Anschrift des Wohnorts (bei Änderung Datum angeben):	Straße, Hausnummer: -----
		Postleitzahl: -----
		Ort: -----
		Staat: -----
		seit: -----
1.7	Bei Ausübung einer Erwerbstätigkeit in Deutschland und Wohnort im Ausland: Kehren Sie regelmäßig an Ihren Wohnort im Ausland zurück? <input type="checkbox"/> Nein, mein Lebensmittelpunkt ist Deutschland <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> mindestens einmal wöchentlich <input type="checkbox"/> anderer Turnus: -----	

¹ Zutreffendes im gesamten Fragebogen bitte so kennzeichnen.
 Stand 09/2022

1.8	Name und Anschrift der Krankenkasse am Wohnort im Ausland (falls vorhanden, bei Änderung Datum angeben):	Name: ----- Straße, Hausnummer: ----- Postleitzahl: ----- Ort/Staat: ----- Versicherungsnummer: ----- Seit: -----			
1.9	Versicherungsnummer bei Krankenkasse am Wohnort im Ausland: Falls diese Nummer nicht bekannt ist: Geburtsname: Geburtsort: Geburtsland:	----- ----- ----- -----			
2.	Sachverhalte im Ausland				
2.1	Üben Sie eine Erwerbstätigkeit (z. B. Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit) im Ausland aus? Hierzu zählt auch eine Erwerbstätigkeit mit geringem Einkommen oder Homeoffice.	<input type="checkbox"/> ja seit ----- (Tag/Monat/Jahr) Staat: ----- <input type="checkbox"/> nein			
2.2	Beziehen Sie eine ausländische Rente/Pension oder haben Sie eine Rente/ Pension im Ausland beantragt?	<input type="checkbox"/> ja seit ----- (Tag/Monat/Jahr) Staat: ----- <input type="checkbox"/> nein			
2.3	Beziehen Sie Entgeltersatzleistungen im Ausland (zum Beispiel Krankengeld, Leistungen bei Arbeitslosigkeit)?	<input type="checkbox"/> ja seit ----- (Tag/Monat/Jahr) Staat: ----- <input type="checkbox"/> nein			
3.	Angaben zu den im Ausland wohnenden Familienangehörigen				
		1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
3.1	Name:				
3.2	Vorname:				
3.3	Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt, d = divers):	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)
3.4	Geburtsdatum:				
3.5	Geburtsname: Geburtsort: Geburtsland:	----- ----- -----	----- ----- -----	----- ----- -----	----- ----- -----

		1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
3.6	Staatsangehörigkeit:				
3.7	Verwandtschaftsverhältnis (Angabe freiwillig): Ehegatte/Ehegattin: Lebenspartner/in: Kind: Anderes (bitte angeben):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
3.8	Anschrift des Wohnorts (Falls abweichend von der Anschrift unter Punkt I.6. Bei Änderung Datum des Umzugs angeben):	Straße, Hausnummer: _____ _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____ _____ Staat: _____ _____ Seit _____ (Tag/Monat/Jahr)	Straße, Hausnummer: _____ _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____ _____ Staat: _____ _____ Seit _____ (Tag/Monat/Jahr)	Straße, Hausnummer: _____ _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____ _____ Staat: _____ _____ Seit _____ (Tag/Monat/Jahr)	Straße, Hausnummer: _____ _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____ _____ Staat: _____ _____ Seit _____ (Tag/Monat/Jahr)
3.9	Üben Ihre Familienangehörigen eine Erwerbstätigkeit (Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit) aus? Hierzu zählt auch eine Erwerbstätigkeit mit geringem Einkommen oder Homeoffice.	<input type="checkbox"/> ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) Staat: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) Staat: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) Staat: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) Staat: _____ <input type="checkbox"/> nein
3.10	Beziehen Ihre Familienangehörigen Entgeltersatzleistungen (zum Beispiel Krankengeld oder Leistungen bei Arbeitslosigkeit)?	<input type="checkbox"/> ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) Staat: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) Staat: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) Staat: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) Staat: _____ <input type="checkbox"/> nein
3.11	Beziehen Ihre Familienangehörigen eine Rente/Pension oder wurde eine Rente/Pension beantragt?	<input type="checkbox"/> ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) Staat: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) Staat: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) Staat: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) Staat: _____ <input type="checkbox"/> nein
3.12	Haben Ihre Familienangehörigen eine <u>eigene</u> Krankenversicherung im Wohnstaat?	<input type="checkbox"/> ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) Staat: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) Staat: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) Staat: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) Staat: _____ <input type="checkbox"/> nein

		1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
3.13	Sind Ihre Familienangehörigen im Wohnstaat über eine andere Person (z. B. ein Kind über den anderen Elternteil) krankenversichert?	<input type="checkbox"/> ja seit ----- (Tag/Monat/Jahr) Staat: ----- <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit ----- (Tag/Monat/Jahr) Staat: ----- <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit ----- (Tag/Monat/Jahr) Staat: ----- <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit ----- (Tag/Monat/Jahr) Staat: ----- <input type="checkbox"/> nein
3.14	Name und Adresse der Krankenkasse im Wohnstaat: Straße, Hausnummer: Postleitzahl: Ort: Versicherungsnummer:	----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- ----- -----

- Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.
- Über Änderungen meiner Verhältnisse und/oder der Verhältnisse meiner Familienangehörigen (z. B. Umzug, Ende des Anspruchs der Familienangehörigen im Ausland, Ende der Krankenversicherung der Familienangehörigen über eine andere Person im Ausland, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit etc.) werde ich Sie unaufgefordert und unverzüglich informieren.
- Mir ist bewusst, dass zu Unrecht in Anspruch genommene Leistungen zurückgefordert werden können, wenn ich nicht oder verspätet über eine Änderung meiner Verhältnisse informiere.
- Mit meiner Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung meiner Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Für Rückfragen (freiwillige Angaben)

Telefon-Nummer: -----

E-Mail-Adresse: -----

Datenschutzhinweis:

Die Daten dieses Fragebogens sind zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und 4 SGB V zum Zwecke der Inanspruchnahme von Sachleistungen im oder ggf. außerhalb des Wohnstaates (Artikel 11, 17, 22, 24, 25 und 26 Verordnung (EG) Nr. 883/2004) erforderlich. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I bzw. Artikel 76 Absatz 4 VO (EG) Nr. 883/2004 und Artikel 3 Absatz 2 VO (EG) Nr. 987/2009 erforderlich. Eine fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen oder zum Wegfall des Leistungsanspruchs im Wohnstaat führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter: [Datenschutzrechte | AOK](#) oder erhalten Sie in jeder AOK Plus Geschäftsstelle. Die Angabe der Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben.