



S1 Antrag – Einschreibung im Ausland

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

1. Persönliche Angaben (Versicherte/r)

weiblich männlich divers unbestimmt

Name, Vorname

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Deutsche Krankenversichertennummer

Anschrift des Wohnorts – im Ausland
(bei Änderung Datum angeben):

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Staat

seit

Bei Ausübung einer Erwerbstätigkeit in Deutschland und Wohnort im Ausland: Kehren Sie regelmäßig an Ihren Wohnort im Ausland zurück?

- Nein, mein Lebensmittelpunkt ist Deutschland
 Ja, mindestens einmal wöchentlich
 anderer Turnus

Name und Anschrift der Krankenkasse am Wohnort im Ausland (falls vorhanden, bei Änderung Datum angeben)

Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort/Staat

Versicherungsnummer

seit

Versicherungsnummer bei Krankenkasse am Wohnort im Ausland:

Falls diese Nummer nicht bekannt ist

Geburtsname

Geburtsort

Geburtsland

2. Sachverhalte im Ausland

Üben Sie eine Erwerbstätigkeit (z. B. Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit) im Ausland aus? Hierzu zählt auch eine Erwerbstätigkeit mit geringem Einkommen oder Homeoffice.

Ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) _____ Staat _____
 Nein

Beziehen Sie eine ausländische Rente/Pension oder haben Sie eine Rente/Pension im Ausland beantragt?

Ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) _____ Staat _____
 Nein

Beziehen Sie Entgeltersatzleistungen im Ausland (zum Beispiel Krankengeld, Leistungen bei Arbeitslosigkeit)?

Ja seit _____ (Tag/Monat/Jahr) _____ Staat _____
 Nein

Angaben zu den im Ausland wohnenden Familienangehörigen – sofern Einschreibung gewünscht

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Name				
Vorname				
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
Geburtsdatum				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				
Verwandtschaftsverhältnis (Angabe freiwillig)				
Ehegatte/Ehegattin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes (bitte angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anschrift des Wohnorts Falls abweichend von der Anschrift 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)
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

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Beziehen Ihre Familienangehörigen Entgeltersatzleistungen <small>(zum Beispiel Krankengeld oder Leistungen bei Arbeitslosigkeit)</small>	<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
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
Haben Ihre Familienangehörigen eine eigene 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
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
Name und Adresse der Krankenkasse im Wohnstaat Name der Krankenkasse Straße, Hausnummer Postleitzahl Ort Versicherungsnummer Name der Krankenkasse Straße, Hausnummer Postleitzahl Ort Versicherungsnummer Name der Krankenkasse Straße, Hausnummer Postleitzahl Ort Versicherungsnummer Name der Krankenkasse 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.

Für Rückfragen (freiwillige Angaben)

Telefonnummer

E-Mail Adresse

X

Ort, Datum, Unterschrift des Mitglieds

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: www.audibkk.de/datenschutz oder erhalten Sie in jeder Audi BKK Geschäftsstelle. Die Angabe der Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben.