

## Prüfung des Kontrahierungszwangs nach § 193 Abs. 5 Nr. 2 VVG (Nichtversicherte) für den Basistarif

### 1. Angaben zur Person

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit
Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl/Wohnort	Telefon <sup>1)</sup>
		E-Mail <sup>1)</sup>

### 2. Angaben zur letzten Versicherung in Deutschland <sup>2)</sup>

<input type="checkbox"/> nie in Deutschland versichert	<input type="checkbox"/> Familienversichert
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privatversichert
vom	Gesetzliche Krankenkasse/Private Krankenversicherung
bis	

- 2.1 Ich war noch nie selbst oder über meine Eltern/Ehegatte gesetzlich oder privat krankenversichert.....  ja  ist mir nicht bekannt <sup>3)</sup>
- 2.2 Wer hat in der Vergangenheit die Kosten im Falle der Krankheit getragen (z. B. ärztliche/zahnärztliche Behandlung, Krankenhauskosten usw.)? \_\_\_\_\_

### 3. Ergänzende Angaben

- 3.1 Ich begründe meinen ständigen Wohnsitz seit \_\_\_\_\_ in Deutschland <sup>4)</sup>
- 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: \_\_\_\_\_

### 4. Angaben zur ausgeübten Tätigkeit (z. B. Arbeitnehmer, Beamter, Selbständiger) bzw. sonstiger Status (z. B. Rentner, Versorgungsempfänger)

Ich bin (tätig als):	Ich war zuletzt (tätig als):
----------------------	------------------------------

### 5. Regelmäßige monatliche Einnahmen (bitte Nachweis z. B. Lohn-/Gehaltsabrechnung beilegen)

	Brutto-Lohn/Gehalt einschl. Einmalzahlung aus <b>jetziger</b> Tätigkeit	Brutto-Lohn/Gehalt einschl. Einmalzahlung aus der <b>letzten</b> Tätigkeit
Einnahmen/Einkommen aus der jetzigen und letzten Tätigkeit		

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

**Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht.**

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/des gesetzlichen Vertreters	<b>Wird vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ausgefüllt</b>
		Voraussetzungen erfüllt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Versicherungsbeginn:
		Monatlicher Beitrag:

- 1) freiwillige Angabe
- 2) Bei Zuzug aus dem Ausland ist der Fragebogen „Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland“ auszufüllen.
- 3) Bitte den Fragebogen „Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf“ ausfüllen.
- 4) Der Wohnsitz innerhalb Deutschlands ist bei der Antragstellung durch eine Bestätigung des Einwohnermeldeamtes nachzuweisen.

## Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland

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

**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

**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? ...  ja       nein  
Wenn nein, weshalb: \_\_\_\_\_

**Hinweis zum Leistungsausschluss nach § 33a SGB XI (PPV)**

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 nach § 193 Abs. 5 Nr. 2 VVG abgeschlossenen privaten Krankenversicherung aufgenommen worden sind, 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 § 193 Abs. 5 Nr. 2 VVG oder der privaten Pflegepflichtversicherung für mich Leistungen der Krankenversicherung bzw. der Pflegeversicherung missbräuchlich in Anspruch zu nehmen.

Kosten für Leistungen, die missbräuchlich in Anspruch genommen wurden, gelten als zu Unrecht erbrachte Leistungen und sind dem Versicherungsunternehmen gemäß § 312 BGB zu erstatten.

Ort, Datum	Unterschrift	ggf. Unterschrift des Erziehungsberechtigten
------------	--------------	--

## Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf

für (Name, Vorname)	Geburtsdatum
---------------------	--------------

### 1. Angaben über die Eltern

zur Feststellung des Versicherungsstatus im Kindesalter:

Name, Vorname des Vaters	Geburtsdatum	Krankenkasse/Krankenversicherer
--------------------------	--------------	---------------------------------

Name, Vorname der Mutter	Geburtsdatum	Krankenkasse/Krankenversicherer
--------------------------	--------------	---------------------------------

### 2. Angaben zur eigenen Person:

– **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 / Einkommen	Krankenkasse bzw. Krankenversicherer

**Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht.**

Vorwahl / Rufnummer <i>(freiwillige Angabe)</i>	Datum	Unterschrift des Antragstellers bzw. gesetzlichen Vertreters
--	-------	--