



## Anzeige zur Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI

2/3

### 5 Regelmäßige monatliche Einnahmen Bitte Nachweis z. B. Lohn-/Gehaltsabrechnung, letzten Steuerbescheid beilegen oder hochladen.

Einnahmen/Einkommen aus

- Selbständiger Tätigkeit: \_\_\_\_\_ €/Monat
- Brutto-Lohn/Gehalt einschl. Einmalzahlung: \_\_\_\_\_ €/Monat
- Miete, Pacht: \_\_\_\_\_ €/Monat
- Zinsen: \_\_\_\_\_ €/Monat
- Rente, Pension: \_\_\_\_\_ €/Monat
- Sonstige Einnahmen: \_\_\_\_\_ €

5.1 Ich beziehe Leistungen von einem Sozialhilfeträger bzw. habe Leistungen beantragt.  Ja  Nein

Wenn „Ja“: \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Sozialhilfeträgers

Datum der Antragstellung: [ T | T | M | M | J | J | J | J ]

5.2 Wurde die eidesstattliche Versicherung abgegeben (vgl. §§ 807, 899 ff. ZPO bzw. § 284 AO)?  Ja  Nein

Wenn „Ja“: Wann und wem gegenüber: \_\_\_\_\_

### 6 Angaben zur Beitragszahlung

Die Beiträge sollen abgebucht werden.  Nein, die Beiträge sollen nicht abgebucht werden.  
Bitte SEPA-Lastschriftmandat beilegen/hochladen oder online erteilen.

Ich bestätigte, dass die Angaben richtig sind. Änderungen teile ich so schnell wie möglich mit. 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.

[ T | T | M | M | J | J | J | J ]

Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Antragsteller:in oder gesetzliche/-r Vertreter:in**  
**Eine Unterschrift ist nicht notwendig, wenn Sie den Antrag über**  
**„Meine Daimler BKK“ hochladen.**

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (Diese Angabe ist freiwillig)

## Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland

3/3

### 1 Angaben zur Person

Nachname				Vorname			
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Divers	<input type="checkbox"/> Unbestimmt	_____	_____	_____
					Rentenversicherungsnummer	Geburtsdatum	
Geburtsname	Geburtsort/Geburtsland			Staatsangehörigkeit			
Familienstand:	<input type="checkbox"/> Ledig	<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Getrennt lebend	<input type="checkbox"/> Geschieden seit:	_____	<input type="checkbox"/> Verwitwet	
				Datum	_____		

### 2 Besteht über das Ausreiseland ein Krankenversicherungsschutz, der auch in Deutschland fortbesteht?

Ja  Nein

### 3 Auslandsrückkehrer mit deutscher Staatsangehörigkeit

Wurde im Ausland eine Berufstätigkeit ausgeübt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

### 4 Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit (EU/EWR-Staaten, Schweiz)

Liegt eine Bescheinigung über das Aufenthaltsrecht bzw. Aufenthaltserlaubnis-EU vor?\* Bitte Bescheinigung beifügen oder hochladen.

Ja  Nein

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

### 5 Personen, die über keine Staatsangehörigkeit nach Nr. 2 und 3 verfügen

5.1 Liegt eine Niederlassungs- oder Aufenthaltserlaubnis für mehr als 12 Monate vor? Bitte Bescheinigung beifügen oder hochladen.

Ja  Nein

5.2 Besteht nach dem Aufenthaltsgesetz die Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts?  Ja  Nein

5.3 Wurde ein Asylantrag gestellt?  Ja  Nein

5.4 Besteht ein Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?  Ja  Nein

Wenn Nein, weshalb: \_\_\_\_\_

#### 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

\_\_\_\_\_  
Datum

#### Unterschrift des Mitglieds/ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten und der Erklärung erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

**Datenschutzhinweis:** Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können. Nach § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V in Verbindung mit § 206 SGB V, sowie nach § 94 und § 50 SGB XI sind wir berechtigt, die Daten zu erheben und Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Die Nennung von Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage [www.daimler-bkk.com](http://www.daimler-bkk.com), Webcode 139d.