

Name: _____

Vorname: _____

Versicherungsnummer:

Hier klicken, um alle
Formularinhalte
zu löschen.

3. Angaben zu den im Ausland wohnenden Familienangehörigen (Bitte nur zutreffendes ankreuzen)

1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Wird die Bescheinigung benötigt?			
☐ ja, ab _____ ☐ nein	☐ ja, ab _____ ☐ nein	☐ ja, ab _____ ☐ nein	☐ ja, ab _____ ☐ nein
3.1 Name, Vorname			
Name 	Name 	Name 	Name
Vorname 	Vorname 	Vorname 	Vorname
3.2 Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt, d = divers)			
☐ m ☐ w ☐ x ☐ d	☐ m ☐ w ☐ x ☐ d	☐ m ☐ w ☐ x ☐ d	☐ m ☐ w ☐ x ☐ d
3.3 Geburtsdatum			
Geburtsdatum 	Geburtsdatum 	Geburtsdatum 	Geburtsdatum
3.4 Geburtsname, Geburtsort, Geburtsland			
Geburtsname 	Geburtsname 	Geburtsname 	Geburtsname
Geburtsort 	Geburtsort 	Geburtsort 	Geburtsort
Geburtsland 	Geburtsland 	Geburtsland 	Geburtsland
3.5 Staatsangehörigkeit			
Staatsangehörigkeit 	Staatsangehörigkeit 	Staatsangehörigkeit 	Staatsangehörigkeit
3.6 Verwandtschaftsverhältnis (Angabe freiwillig)			
☐ Ehegatte/Ehegattin ☐ Lebenspartner/in ☐ Kind ☐ Anderes (bitte angeben): _____	☐ Ehegatte/Ehegattin ☐ Lebenspartner/in ☐ Kind ☐ Anderes (bitte angeben): _____	☐ Ehegatte/Ehegattin ☐ Lebenspartner/in ☐ Kind ☐ Anderes (bitte angeben): _____	☐ Ehegatte/Ehegattin ☐ Lebenspartner/in ☐ Kind ☐ Anderes (bitte angeben): _____
3.7 Anschrift des Wohnorts (Falls abweichend von der Anschrift unter Punkt I.6.a. Bei Änderung Datum des Umzugs angeben)			
Straße, Hausnummer 	Straße, Hausnummer 	Straße, Hausnummer 	Straße, Hausnummer
ggf. Adresszusatz 	ggf. Adresszusatz 	ggf. Adresszusatz 	ggf. Adresszusatz
Postleitzahl, Ort 	Postleitzahl, Ort 	Postleitzahl, Ort 	Postleitzahl, Ort
Staat 	Staat 	Staat 	Staat
3.8 Üben Ihre Familienangehörigen eine Erwerbstätigkeit (Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit) aus?			
Hierzu zählt auch eine Erwerbstätigkeit mit geringem Einkommen oder Homeoffice.			
☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat	☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat	☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat	☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat

1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
3.9 Beziehen Ihre Familienangehörigen Entgeltersatzleistungen (zum Beispiel Krankengeld oder Leistungen bei Arbeitslosigkeit)?			
☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat	☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat	☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat	☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat
3.10 Beziehen Ihre Familienangehörigen eine Rente/Pension oder wurde eine Rente/Pension beantragt?			
☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat	☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat	☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat	☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat
3.11 Haben Ihre Familienangehörigen eine eigene Krankenversicherung im Wohnstaat?			
☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat	☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat	☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat	☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat
3.12 Sind Ihre Familienangehörigen im Wohnstaat über eine andere Person (z. B. ein Kind über den anderen Elternteil) krankenversichert?			
☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat	☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat	☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat	☐ ja, seit (TT.MM.JJJJ) Staat
3.13 Name und Adresse der Krankenkasse im Wohnstaat			
Name	Name	Name	Name
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Ort	Postleitzahl, Ort	Postleitzahl, Ort	Postleitzahl, Ort
Staat	Staat	Staat	Staat
Versicherungsnummer	Versicherungsnummer	Versicherungsnummer	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 _____

Bitte zurücksenden:

per E-Mail: zwkr-versicherte@plus.aok.de

per Fax: **0800 1059002-999 (innerhalb Deutschlands), 0049 351 320289 (außerhalb Deutschlands)**

Hinweis: Bei erfolgreicher Fax-/E-Mail-Übermittlung ist die Zusendung des Originalantrages nicht erforderlich!

Bitte beachten Sie, dass unverschlüsselte Übermittlung von Sozialdaten per Fax oder E-Mail Ihre Datensicherheit eventuell gefährden kann (z. B. bei einer Fehlzustellung).

Hinweis zum Datenschutz: 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 Geschäftsstelle.