AUFENTHALTSERKLÄRUNG

Anspruchsbescheinigung

☐ Europäische Krankenversicherungskarte

☐ Provisorische Ersatzbescheinigung für die Europäische Krankenversicherungskarte

☐ Sonstiges: _____

Name	Vorname	Geburtsname

Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht	Staatsangehörigkeit

, _____
Wohnortadresse

, _____
Adresse in Deutschland

Telefonnummer	E-Mail-Adresse	Hochschule	Studienfach

1. Ich bin am _____ in die Bundesrepublik Deutschland eingereist.
2. Grund der Einreise (z. B. Tourist, Student, entsandter Arbeitnehmer): _____
3. Es besteht bereits ein anderweitiger Krankenversicherungsschutz in Deutschland (z. B. aufgrund einer Beschäftigung):

   ☐ Ja ☐ Nein

   Wenn Ja, bei folgender Krankenversicherung: _____
4. Vor der Abreise aus _____ (Staat) bestand:

   ☐ Folgende Krankheit _____

   ☐ Eine Schwangerschaft ☐ **Keine** Erkrankung oder Schwangerschaft
5. Üben Sie während Ihres Aufenthalts in Deutschland eine Beschäftigung oder selbstständige Erwerbstätigkeit (auch geringfügig) aus?

   ☐ Ja, ab/seit _____ ☐ Nein
6. Ich beabsichtige mich bis zum _____ in der Bundesrepublik Deutschland aufzuhalten.
7. Ich habe meinen Wohnsitz weiterhin in _____ (Staat)
8. Ich beziehe eine Rente aus folgenden Staaten: _____
9. Für die aushilfsweise Betreuung in Deutschland wähle ich folgende Krankenkasse:

   _____

Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Bayern meine Daten bis auf Widerruf verarbeitet und nutzt. Sie dienen auch der Mitgliederwerbung und um mich über die Vorteile, Produkte und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Kundenbefragungen durchzuführen. Diese Einwilligung ist freiwillig und umfasst den schriftlichen, telefonischen, E-Mail- und SMS-Kontakt und kann jederzeit widerrufen werden. Es entstehen mir keinerlei Nachteile, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder später widerrufe. Die Daten werden keinesfalls an Dritte weitergegeben.
☐ Ja, ich stimme zu!

, _____ _____
(Ort, Datum) (Unterschrift)

Datenschutzhinweis:
Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 4 SGB V zum Zwecke der Inanspruchnahme von Sachleistungen im oder ggf. außerhalb des Wohnstaates (Art. 17, 18, 19 und 20 VO (EG) 883/04 bzw. Abkommen über soziale Sicherheit mit dem jeweiligen Wohnstaat) verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I bzw. Art. 76 Abs. 4 VO (EG) 883/04 erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen oder zum Wegfall des Leistungsanspruchs im Wohnstaat führen. Möglicher Empfänger Ihrer Daten ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter: www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben.

zzdsva001 1806130901 M244HG057