

Antrag auf (Weiter-)Gewährung von Sachleistungen der Krankenversicherung im ehemaligen Beschäftigungsstaat

für Grenzgängerinnen bzw. Grenzgänger in Rente (Pension) und deren Familienangehörige

Sie sind **Grenzgängerin bzw. Grenzgänger**, wenn Sie in einem EU-Land wohnen und in einem anderen EU-Land arbeiten und täglich, mindestens aber einmal wöchentlich an Ihren Wohnort zurückkehren.

Unter bestimmten Voraussetzungen hat eine Grenzgängerin bzw. ein Grenzgänger, die bzw. der wegen Alters oder Invalidität Rentnerin bzw. Rentner (Pensionistin bzw. Pensionist) wird, bei Krankheit weiterhin Anspruch auf Sachleistungen in dem Mitgliedstaat, in dem sie bzw. er zuletzt eine Beschäftigung oder eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeübt hat. Bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen gilt dies auch für die Familienangehörigen einer ehemaligen Grenzgängerin bzw. eines ehemaligen Grenzgängers.

Antragstellerin bzw. Antragsteller

Familienname	Vorname	Sozialversicherungsnummer
Anschrift des Wohnortes (Lebensmittelpunkt)	Staat	
Telefonisch erreichbar unter	E-Mail	

Familienangehörige

Familien- und Vorname der Familienangehörigen	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis

Datum des Anfalles der ausländischen Rente (Pension):

Bekanntgabe des ausländischen Krankenversicherungsträgers (Bezeichnung, Anschrift, falls bekannt Kennnummer):

Ich übe derzeit noch eine Beschäftigung oder selbstständige Erwerbstätigkeit aus:
 ja nein

In den letzten fünf Jahren vor Anfall der ausländischen Rente (Pension) war ich Grenzgängerin bzw. Grenzgänger:
von _____ bis _____

Ich habe vor Anfall meiner Rente (Pension) die Behandlung einer Krankheit im Ausland begonnen, die ich fortsetzen möchte. Diesbezügliche medizinische Unterlagen lege ich dem Antrag bei.
 ja nein

Hiermit bestätige ich:
Die von mir angegebenen Daten sind korrekt und entsprechen der Wahrheit.

Wichtige Informationen für Sie:

- Jede Änderung der bekannt gegebenen Daten müssen Sie uns unverzüglich bekannt geben.
- Bei unrichtigen Angaben bzw. bei Verletzung der Meldepflicht müssen Sie uns die gesamten entstandenen Kosten zurückbezahlen.

.....
Datum

.....
Unterschrift