

| |
|---------------------------------------------------------------------------|
| zu LBV-Personalnummer |
| Wenn Sie noch eine zweite LBV-Personalnummer haben, bitte hier eintragen: |

| | |
|---------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Anschrift | Telefon |

Landesamt für Besoldung
und Versorgung NRW
40192 Düsseldorf

Zahlstellennummer 10772453

Erklärung zur Krankenversicherung - Ausland -

Zur Frage, ob ich in der gesetzlichen Krankenversicherung **pflichtversichert** bzw. **freiwillig versichert** bin oder von einer gesetzlichen Krankenkasse betreut werde, gebe ich folgende Erklärung ab:

(X) Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

| | |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und werde auch von keiner gesetzlichen Krankenkasse betreut. Eine Bestätigung der Krankenkasse ist nicht notwendig. Die Erklärung zur Pflegeversicherung ist ebenfalls nicht notwendig. |
| 2 | <input type="checkbox"/> Ich bin ausschließlich bei einer ausländischen Krankenkasse krankenversichert. In Deutschland bin ich nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Ich werde auch nicht von einer ausländischen Krankenkasse im Namen oder Auftrag einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse betreut. (Eine Bestätigung der ausländischen Krankenkasse ist nicht notwendig. Die Erklärung zur Pflegeversicherung ist ebenfalls nicht notwendig.) |
| 3 | <input type="checkbox"/> Ich bin bei einer ausländischen Krankenkasse krankenversichert. Gleichzeitig besteht eine Krankenversicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse . <input type="checkbox"/> Ich bin seit _____ ausschließlich bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> werde von einer ausländischen Krankenkasse im Namen oder Auftrag einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse betreut. Name und Ort der Krankenkasse _____ Rentenversicherungsnummer _____ |

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| _____ (Ort, Datum) | _____ (Unterschrift) |
|-----------------------|-------------------------|