

HEK
Beitrag und Versicherung
22034 Hamburg

Tipp: schnell und sicher über unsere
HEK Service-App zurücksenden

Astuce: utilisez l'envoi rapide et sécurisé
via HEK Service-App

Fragebogen zur Prüfung der Ausstellung einer Anspruchsbescheinigung beziehungsweise zur Überprüfung einer bereits bestehenden Einschreibung für Personen, die in einem EU-EWR-Staat, in der Schweiz beziehungsweise im Vereinigten Königreich wohnen

(Questionnaire destiné à vérifier la possibilité d'obtenir une attestation de droits ou à vérifier si une inscription a déjà été effectuée pour les personnes qui résident dans un État de l'UE/EEE, en Suisse ou au Royaume-Uni)

1. Persönliche Angaben (Données personnelles)

Name, Vorname (Nom, prénom)		Deutsche Krankenversicherungsnummer (Numéro d'assurance maladie allemand)	
Geburtsdatum (Date de naissance)		Staatsangehörigkeit (Nationalité)	
Geschlecht (Genre) ☐ männlich (masculin) ☐ weiblich (féminin) ☐ unbestimmt (indéterminé) ☐ divers (divers)			
Anschrift am Wohnort (Bei Änderung Datum angeben) (Adresse du lieu de résidence (préciser la date si changement)) Straße, Hausnummer (Rue, numéro): _____ Postleitzahl (Code postal): _____ Ort (Ville): _____ Staat (Pays): _____ seit (depuis): _____ Bei Ausübung einer Erwerbstätigkeit in Deutschland und Wohnort im Ausland: Kehren Sie regelmäßig an Ihren Wohnort im Ausland zurück? (Si vous exercez une activité professionnelle en Allemagne et vivez à l'étranger: retournez-vous régulièrement dans votre lieu de résidence à l'étranger?) ☐ Nein, mein Lebensmittelpunkt ist in Deutschland (Non, mon lieu de résidence est en Allemagne) ☐ Ja (Si) ☐ mindestens einmal wöchentlich (au moins une fois par semaine) ☐ anderer Turnus (à un autre intervalle): _____			
Name und Anschrift der Krankenkasse am Wohnort im Ausland (falls vorhanden, bei Änderung Datum angeben) (Nom et adresse de la caisse d'assurance maladie de votre lieu de résidence à l'étranger (si disponible, indiquer la date en cas de changement)): Name (Nom): _____ Straße, Hausnummer (Rue, numéro): _____ Postleitzahl (Code postal): _____ Ort/Staat (Ville/État): _____ Versichertennummer (Numéro d'assurance): _____ seit (depuis): _____			
Versichertennummer bei der Krankenkasse am Wohnort im Ausland (Numéro d'assurance auprès de la caisse d'assurance maladie du lieu de résidence à l'étranger): _____ Falls diese Nummer nicht bekannt ist (Si ce numéro est inconnu): _____ Geburtsname (Nom de naissance): _____ Geburtsort (Lieu de naissance): _____ Geburtsland (Pays de naissance): _____			

Name, Vorname (Nom, prénom)	Deutsche Krankenversicherungsnummer (Numéro d'assurance maladie allemand)
-----------------------------	--

2. Sachverhalte im Ausland (Situation à l'étranger)

Üben Sie eine Erwerbstätigkeit (zum Beispiel Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit) im Ausland aus? Hierzu zählt auch eine Erwerbstätigkeit mit geringem Einkommen oder Homeoffice. (Exercez-vous une activité professionnelle (par exemple, une activité salariée ou indépendante) à l'étranger? Cela inclut également les activités professionnelles à faible revenu ou le travail à domicile.)

- ☐ Ja, seit dem (Oui, depuis le) _____ (Tag (jour)/Monat (mois)/Jahr (année)) Staat (Pays): _____
- ☐ Nein (Non)

Beziehen Sie eine ausländische Rente/Pension oder haben Sie eine Rente/Pension im Ausland beantragt?

(Recevez-vous une pension/une indemnité de retraite à l'étranger ou avez-vous demandé une pension/une indemnité de retraite à l'étranger?)

- ☐ Ja, seit dem (Oui, depuis le) _____ (Tag (jour)/Monat (mois)/Jahr (année)) Staat (Pays): _____
- ☐ Nein (Non)

Beziehen Sie Entgeltsatzleistungen im Ausland (zum Beispiel Krankengeld, Leistungen bei Arbeitslosigkeit)?

(Recevez-vous des indemnités de remplacement de revenu à l'étranger (par exemple indemnités de maladie, allocations de chômage)?)

- ☐ Ja, seit dem (Oui, depuis le) _____ (Tag (jour)/Monat (mois)/Jahr (année)) Staat (Pays): _____
- ☐ Nein (Non)

3. Angaben zu den im Ausland wohnenden Familienangehörigen (Informations sur les membres de la famille résidant à l'étranger)

Haben Sie Familienangehörige, die im Ausland wohnen und betreut werden sollen?

(Avez-vous des membres de votre famille qui résident à l'étranger et qui doivent être pris en charge?)

- ☐ Ja (Oui) ☐ Nein (Non)

	1. Person (personne)	2. Person (personne)	3. Person (personne)	4. Person (personne)
Name (Nom)				
Vorname (Prénom)				
Geschlecht (Genre)	☐ männlich (masculin) ☐ weiblich (féminin) ☐ unbestimmt (indéterminé) ☐ divers (divers)	☐ männlich (masculin) ☐ weiblich (féminin) ☐ unbestimmt (indéterminé) ☐ divers (divers)	☐ männlich (masculin) ☐ weiblich (féminin) ☐ unbestimmt (indéterminé) ☐ divers (divers)	☐ männlich (masculin) ☐ weiblich (féminin) ☐ unbestimmt (indéterminé) ☐ divers (divers)
Geburtsdatum (Date de naissance)				
Geburtsname (Nom de naissance)				
Geburtsort (Lieu de naissance)				
Geburtsland (Pays de naissance)				
Staatsangehörigkeit (Nationalité)				
Verwandtschafts-verhältnis (Lien de parenté)	☐ Ehepartner (Conjoint) ☐ Lebenspartner (Partenaire) ☐ Kind (Enfant) ☐ Anderes (Autre): _____	☐ Ehepartner (Conjoint) ☐ Lebenspartner (Partenaire) ☐ Kind (Enfant) ☐ Anderes (Autre): _____	☐ Ehepartner (Conjoint) ☐ Lebenspartner (Partenaire) ☐ Kind (Enfant) ☐ Anderes (Autre): _____	☐ Ehepartner (Conjoint) ☐ Lebenspartner (Partenaire) ☐ Kind (Enfant) ☐ Anderes (Autre): _____
freiwillige Angabe (Informations facultatives)				
Anschrift des Wohnorts (Adresse du lieu de résidence)				

Name, Vorname (Nom, prénom)	Deutsche Krankenversicherungsnummer (Numéro d'assurance maladie allemand)
-----------------------------	--

	1. Person (personne)	2. Person (personne)	3. Person (personne)	4. Person (personne)
Üben Ihre Familienangehörigen eine Erwerbstätigkeit (Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit) aus? Hierzu zählt auch eine Erwerbstätigkeit mit geringem Einkommen oder Homeoffice. (Les membres de votre famille exercent-ils une activité professionnelle (salariée ou indépendante)? Cela inclut également les activités professionnelles à faible revenu ou le travail à domicile.)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)
Beziehen Ihre Familienangehörigen Entgeltsersatzleistungen (zum Beispiel Krankengeld oder Leistungen bei Arbeitslosigkeit)? (Les membres de votre famille reçoivent-ils des indemnités (par exemple des indemnités de maladie ou des allocations de chômage)?)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)
Beziehen Ihre Familienangehörigen eine Rente/Pension oder wurde eine Rente/Pension beantragt? (Les membres de votre famille perçoivent-ils une pension/une indemnité de retraite ou avez-vous demandé une pension/une indemnité de retraite?)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)
Haben Ihre Familienangehörigen eine eigene Krankenversicherung im Wohnstaat? (Les membres de votre famille disposent-ils de leur propre assurance maladie dans leur pays de résidence?)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)

Name, Vorname (Nom, prénom)	Deutsche Krankenversicherungsnummer (Numéro d'assurance maladie allemand)
-----------------------------	--

	1. Person (personne)	2. Person (personne)	3. Person (personne)	4. Person (personne)
Sind Ihre Familienangehörigen im Wohnstaat über eine andere Person (zum Beispiel ein Kind über den anderen Elternteil) krankenversichert? (Les membres de votre famille bénéficient-ils d'une assurance maladie par l'intermédiaire d'une autre personne dans leur pays de résidence (par exemple un enfant par l'intermédiaire de l'autre parent?)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)	☐ Ja, seit dem: (Oui, depuis le) _____ (Tag/Monat/Jahr) (jour/mois/année) Staat (État): _____ ☐ Nein (Non)
Name der Krankenkasse am Wohnort (Nom de la caisse d'assurance maladie de votre lieu de résidence)				
Straße, Hausnummer (Rue, numéro)				
Postleitzahl, Ort (Code postal, Ville)				
Versichertennummer (Numéro d'assurance)				

Name, Vorname (Nom, prénom)	Deutsche Krankenversicherungsnummer (Numéro d'assurance maladie allemand)
-----------------------------	--

Ich bin zu erreichen unter (Je suis joignable au)

(freiwillige Angabe/informations facultatives)

Telefonnummer privat (Numéro de téléphone domicile)	Telefonnummer mobil (Numéro de téléphone portable)
E-Mail-Adresse (Adresse e-mail)	
Sie dienen der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben. (Ils servent à vous contacter rapidement en cas de questions concernant vos informations.)	

Erklärung (Déclaration)

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Über Änderungen meiner Verhältnisse und/oder der Verhältnisse meiner Familienangehörigen (zum Beispiel Umzug, Ende des Anspruchs der Familienangehörigen im Ausland, Ende der Krankenversicherung der Familienangehörigen über eine andere Person im Ausland, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit) 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.

(Je confirme l'exactitude de mes informations.

Je vous informerai immédiatement et spontanément de tout changement dans ma situation et/ou dans celle des membres de ma famille (par exemple déménagement, fin des droits des membres de ma famille à l'étranger, fin de l'assurance maladie des membres de ma famille par l'intermédiaire d'une autre personne à l'étranger, début d'une activité professionnelle).

Je suis conscient(e) que si je ne signale pas un changement de ma situation ou si je le signale tardivement, le remboursement des prestations indûment perçues peut être exigé.)

Datum (Date)	Unterschrift Versicherter (Signature de la personne assurée)

Hinweise zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht

Die Daten dieses Fragebogens sind zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und 4 Sozialgesetzbuch (SGB) V zum Zwecke der Inanspruchnahme von Sachleistungen im oder gegebenenfalls außerhalb des Wohnstaates (Artikel 11, 17, 22, 24, 25 und 26 Verordnung (EG) Nr. 883/2004) erforderlich. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I beziehungsweise 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. Unter www.hek.de/datenschutz finden Sie allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten.

(Informations sur la protection des données et l'obligation de coopérer

Les données de ce questionnaire sont requises afin de remplir nos obligations légales conformément à l'article 284, paragraphe 1, alinéa 1, points 2 et 4 du Code social allemand (SGB) livre V en vue de bénéficier de prestations en nature dans ou, le cas échéant, hors du pays de résidence (articles 11, 17, 22, 24, 25 et 26 du règlement (CE) n° 883/2004). Votre coopération est requise conformément à l'article 60 du SGB livre I ou à l'article 76, paragraphe 4, du règlement (CE) n° 883/2004 et l'article 3, paragraphe 2, du règlement (CE) n° 987/2009. Un manque de coopération peut avoir des conséquences négatives sur l'accès aux prestations en nature ou entraîner la suppression du droit aux prestations dans le pays de résidence. Vous trouverez des informations générales sur le traitement des données et sur vos droits sur www.hek.de/datenschutz.)

Nur für HEK-interne Zwecke: Team Ausland
--