

HEK
Beitrag und Versicherung
22034 Hamburg

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

Wskazówka: Szybkie i bezpiecznie odsyłanie
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

(Kwestionariusz dotyczący weryfikacji wydania zaświadczenia o prawie do świadczeń lub weryfikacji już istniejącego wpisu dla osób zamieszkałych w państwie UE/EOG, Szwajcarii lub Wielkiej Brytanii)

1. Persönliche Angaben (Dane osobowe)

Name, Vorname (Nazwisko, imię)		Deutsche Krankenversichertennummer (Niemiecki numer ubezpieczenia zdrowotnego)	
Geburtsdatum (Data urodzenia)		Staatsangehörigkeit (Narodowość)	
Geschlecht (Płeć) ☐ männlich (mężczyzna) ☐ weiblich (kobieta) ☐ unbestimmt (nieokreślona) ☐ divers (inna)			
Anschrift am Wohnort (Bei Änderung Datum angeben) (Adres miejsca zamieszkania (w przypadku zmiany miejsca zamieszkania prosimy podać datę)) Straße, Hausnummer (Ulica, numer domu): _____ Postleitzahl (Kod pocztowy): _____ Ort (Miejscowość): _____ Staat (Kraj): _____ seit (od): _____			
Bei Ausübung einer Erwerbstätigkeit in Deutschland und Wohnort im Ausland: Kehren Sie regelmäßig an Ihren Wohnort im Ausland zurück? (Jeśli pracują Państwo w Niemczech i mieszkają za granicą: Czy regularnie wracają Państwo do miejsca zamieszkania za granicą?) ☐ Nein, mein Lebensmittelpunkt ist in Deutschland (Nie, moje miejsce zamieszkania i główne interesy życiowe są w Niemczech) ☐ Ja (Tak) ☐ mindestens einmal wöchentlich (co najmniej raz w tygodniu) ☐ anderer Turnus (w różnych odstępach czasu): _____			
Name und Anschrift der Krankenkasse am Wohnort im Ausland (falls vorhanden, bei Änderung Datum angeben) (Nazwa i adres Kasy Chorych w miejscu zamieszkania za granicą (jeśli to możliwe, prosimy podać datę w przypadku zmian)): Name (Nazwa): _____ Straße, Hausnummer (Ulica, numer domu): _____ Postleitzahl (Kod pocztowy): _____ Ort/Staat (Miejscowość/kraj): _____ Versichertennummer (Numer ubezpieczenia): _____ seit (od): _____			
Versichertennummer bei der Krankenkasse am Wohnort im Ausland (Numer ubezpieczenia w Kasie Chorych w miejscu zamieszkania za granicą): _____ Falls diese Nummer nicht bekannt ist (Jeśli numer ten jest nieznan): _____ Geburtsname (Nazwisko rodowe): _____ Geburtsort (Miejsce urodzenia): _____ Geburtsland (Kraj urodzenia): _____			

Name, Vorname (Nazwisko, imię)	Deutsche Krankenversicherungsnummer (Niemiecki numer ubezpieczenia zdrowotnego)
--------------------------------	--

2. Sachverhalte im Ausland (Sytuacja za granicą)

Üben Sie eine Erwerbstätigkeit (zum Beispiel Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit) im Ausland aus? Hierzu zählt auch eine Erwerbstätigkeit mit geringem Einkommen oder Homeoffice. (Czy prowadzą Państwo działalność zarobkową (np. zatrudnienie lub własna działalność gospodarcza) za granicą? Obejmuje to również pracę z niskimi dochodami lub pracę w domu.)

☐ Ja, seit dem (Tak, od) _____ (Tag (dzień)/Monat (miesiąc)/Jahr (rok)) Staat (Kraj): _____

☐ Nein (Nie)

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

(Czy pobierają Państwo zagraniczną emeryturę/rentę lub składali Państwo wniosek o emeryturę/rentę za granicą?)

☐ Ja, seit dem (Tak, od) _____ (Tag (dzień)/Monat (miesiąc)/Jahr (rok)) Staat (Kraj): _____

☐ Nein (Nie)

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

(Czy otrzymują Państwo świadczenia zastępujące wynagrodzenie za granicą (np. zasiłek chorobowy, zasiłek dla bezrobotnych)?)

☐ Ja, seit dem (Tak, od) _____ (Tag (dzień)/Monat (miesiąc)/Jahr (rok)) Staat (Kraj): _____

☐ Nein (Nie)

3. Angaben zu den im Ausland wohnenden Familienangehörigen (Informacje o członkach rodziny przebywających za granicą)

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

(Czy posiadają Państwo członków rodziny, którzy mieszkają za granicą i potrzebują opieki?)

☐ Ja (Tak) ☐ Nein (Nie)

	1. Person (Osoba)	2. Person (Osoba)	3. Person (Osoba)	4. Person (Osoba)
Name (Nazwisko)				
Vorname (Imię)				
Geschlecht (Płeć)	☐ männlich (mężczyzna) ☐ weiblich (kobieta) ☐ unbestimmt (nieokreślona) ☐ divers (inna)	☐ männlich (mężczyzna) ☐ weiblich (kobieta) ☐ unbestimmt (nieokreślona) ☐ divers (inna)	☐ männlich (mężczyzna) ☐ weiblich (kobieta) ☐ unbestimmt (nieokreślona) ☐ divers (inna)	☐ männlich (mężczyzna) ☐ weiblich (kobieta) ☐ unbestimmt (nieokreślona) ☐ divers (inna)
Geburtsdatum (Data urodzenia)				
Geburtsname (Nazwisko rodowe)				
Geburtsort (Miejsce urodzenia)				
Geburtsland (Kraj urodzenia)				
Staatsangehörigkeit (Narodowość)				
Verwandtschafts- verhältnis (Stożenie pokrewieństwa) freiwillige Angabe (Informacje dobrowolne)	☐ Ehepartner (Mąż/żona) ☐ Lebenspartner (partnera życiowego) ☐ Kind (Dziecko) ☐ Anderes (Inne): _____	☐ Ehepartner (Mąż/żona) ☐ Lebenspartner (partnera życiowego) ☐ Kind (Dziecko) ☐ Anderes (Inne): _____	☐ Ehepartner (Mąż/żona) ☐ Lebenspartner (partnera życiowego) ☐ Kind (Dziecko) ☐ Anderes (Inne): _____	☐ Ehepartner (Mąż/żona) ☐ Lebenspartner (partnera życiowego) ☐ Kind (Dziecko) ☐ Anderes (Inne): _____
Anschrift des Wohnorts (Adres miejsca zamieszkania)				

Name, Vorname (Nazwisko, imię)	Deutsche Krankenversicherungsnummer (Niemiecki numer ubezpieczenia zdrowotnego)
--------------------------------	--

	1. Person (Osoba)	2. Person (Osoba)	3. Person (Osoba)	4. Person (Osoba)
Üben Ihre Familienangehörigen eine Erwerbstätigkeit (Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit) aus? Hierzu zählt auch eine Erwerbstätigkeit mit geringem Einkommen oder Homeoffice. (Czy członkowie Państwa rodziny prowadzą działalność zarobkową (są zatrudnieni lub prowadzą własną działalność gospodarczą)? Obejmuje to również pracę z niskimi dochodami lub pracę w domu.)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): ☐ Nein (Nie)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): ☐ Nein (Nie)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): ☐ Nein (Nie)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): ☐ Nein (Nie)
Beziehen Ihre Familienangehörigen Entgeltsersatzleistungen (zum Beispiel Krankengeld oder Leistungen bei Arbeitslosigkeit)? (Czy członkowie Państwa rodziny otrzymują świadczenia zastępujące wynagrodzenie (np. zasiłek chorobowy lub zasiłek dla bezrobotnych)?)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): ☐ Nein (Nie)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): ☐ Nein (Nie)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): ☐ Nein (Nie)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): ☐ Nein (Nie)
Beziehen Ihre Familienangehörigen eine Rente/Pension oder wurde eine Rente/Pension beantragt? (Czy członkowie Państwa rodziny pobierają emeryturę/rentę lub złożyli wniosek o emeryturę/rentę?)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): ☐ Nein (Nie)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): ☐ Nein (Nie)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): ☐ Nein (Nie)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): ☐ Nein (Nie)
Haben Ihre Familienangehörigen eine eigene Krankenversicherung im Wohnstaat? (Czy członkowie Państwa rodziny posiadają własne ubezpieczenie zdrowotne w kraju zamieszkania?)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): ☐ Nein (Nie)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): ☐ Nein (Nie)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): ☐ Nein (Nie)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): ☐ Nein (Nie)

Name, Vorname (Nazwisko, imię)	Deutsche Krankenversicherungsnummer (Niemiecki numer ubezpieczenia zdrowotnego)
--------------------------------	---

	1. Person (Osoba)	2. Person (Osoba)	3. Person (Osoba)	4. Person (Osoba)
Sind Ihre Familienangehörigen im Wohnstaat über eine andere Person (zum Beispiel ein Kind über den anderen Elternteil) krankenversichert? (Czy członkowie Państwa rodziny są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym za pośrednictwem innej osoby w kraju zamieszkania (np. dziecko za pośrednictwem drugiego rodzica?))	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) _____ (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): _____ ☐ Nein (Nie)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) _____ (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): _____ ☐ Nein (Nie)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) _____ (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): _____ ☐ Nein (Nie)	☐ Ja, seit dem: (Tak, od) _____ (Tag/Monat/Jahr) (dzień/miesiąc/rok) Staat (Kraj): _____ ☐ Nein (Nie)
Name der Krankenkasse am Wohnort (Nazwa i adres Kasy Chorych w miejscu zamieszkania)				
Straße, Hausnummer (Ulica, numer domu)				
Postleitzahl, Ort (Kod pocztowy, miejscowość)				
Versichertennummer (Numer ubezpieczenia)				

Name, Vorname (Nazwisko, imię)	Deutsche Krankenversicherungsnummer (Niemiecki numer ubezpieczenia zdrowotnego)
--------------------------------	---

Ich bin zu erreichen unter (Dane kontaktowe)

(freiwillige Angabe/informacje dobrowolne)

Telefonnummer privat (Prywatny numer telefonu)	Telefonnummer mobil (Numer telefonu komórkowego)
E-Mail-Adresse (Adres e-mail)	
Sie dienen der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben. (Powyższe informacje służą do szybkiego skontaktowania się z Państwem w przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących Państwa danych.)	

Erklärung (Oświadczenie)

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.

(Potwierdzam, że podane przeze mnie informacje są prawidłowe.

Bezwzględnie poinformuję o wszelkich zmianach mojej sytuacji i/lub sytuacji członków mojej rodziny (np. przeprowadzka, wygaśnięcie uprawnień członków rodziny za granicą, zakończenie okresu ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny za pośrednictwem innej osoby za granicą, podjęcie pracy zarobkowej).

Jestem świadomy(-a), że świadczenia, o które niesłusznie wystąpiono, mogą zostać odebrane, jeśli nie poinformuję o zmianie mojej sytuacji lub zrobię to z opóźnieniem.)

Datum (Data)	Unterschrift Versicherter (Podpis osoby ubezpieczonej)

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.

(Informacje o ochronie danych i obowiązku współdziałania)

Dane zawarte w tym kwestionariuszu służą do realizacji naszych interesów prawnych zgodnie z art. 284 ust. 1 zdanie 1 Punkt 2 i 4 niem. Kodeksu prawa socjalnego (SGB) V w celu ubiegania się o świadczenia rzeczowe w kraju zamieszkania lub, w razie potrzeby, poza nim (art. 11, 17, 22, 24, 25 i 26 rozporządzenia (WE) nr. 883/2004). Państwa współdziałanie jest wymagane zgodnie z art. 60 SGB I i art. 76 ust. 4 rozporządzenia (WE) nr. 883/2004 i art. 3 ust. 2 rozporządzenia (WE) nr. 987/2009. Brak współdziałania może prowadzić do utrudnień podczas ubiegania się o świadczenia rzeczowe lub do utraty prawa do świadczeń w kraju zamieszkania. Ogólne informacje na temat przetwarzania danych i przysługujących praw znajdują Państwo na stronie www.hek.de/datenschutz.)

Nur für HEK-interne Zwecke: Team Ausland