

HEK
Beitrag und Versicherung
22034 Hamburg

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

Consejo: envío rápido y seguro a través de
nuestra aplicación 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

(Cuestionario para comprobar la emisión de un documento acreditativo del derecho o para comprobar un registro ya existente para personas que viven en un estado de la UE-EEE, Suiza o el Reino Unido)

1. Persönliche Angaben (Datos personales)

Name, Vorname (Apellido, nombre)	Deutsche Krankenversichertennummer (Número del seguro médico alemán)
Geburtsdatum (Fecha de nacimiento)	Staatsangehörigkeit (Nacionalidad)
Geschlecht (Género) ☐ männlich (masculino) ☐ weiblich (femenino) ☐ unbestimmt (indefinido) ☐ divers (diverso)	
Anschrift am Wohnort (Bei Änderung Datum angeben) (Dirección del lugar de residencia (indique la fecha en caso de algún cambio)) Straße, Hausnummer (Calle, número de casa): _____ Postleitzahl (Código postal): _____ Ort (Localidad): _____ Staat (País): _____ seit (desde): _____	
Bei Ausübung einer Erwerbstätigkeit in Deutschland und Wohnort im Ausland: Kehren Sie regelmäßig an Ihren Wohnort im Ausland zurück? (Si realiza alguna actividad en Alemania y tiene su lugar de residencia en el extranjero: ¿regresa regularmente a su lugar de residencia en el extranjero?) ☐ Nein, mein Lebensmittelpunkt ist in Deutschland (No, el centro de mi vida está en Alemania) ☐ Ja (Si) ☐ mindestens einmal wöchentlich (al menos una vez por semana) ☐ anderer Turnus (a intervalos diferentes): _____	
Name und Anschrift der Krankenkasse am Wohnort im Ausland (falls vorhanden, bei Änderung Datum angeben) (Nombre y dirección de la compañía de seguro médico en su lugar de residencia en el extranjero (si está disponible, indique la fecha caso de cualquier cambio)): Name (Nombre): _____ Straße, Hausnummer (Calle, número de casa): _____ Postleitzahl (Código postal): _____ Ort/Staat (Localidad/País): _____ Versichertennummer (Número de seguro): _____ seit (desde): _____	
Versichertennummer bei der Krankenkasse am Wohnort im Ausland (Número de seguro en la compañía de seguro médico en el lugar de residencia en el extranjero): _____ Falls diese Nummer nicht bekannt ist (Si se conoce este número): _____ Geburtsname (Apellido de soltero/a): _____ Geburtsort (Lugar de nacimiento): _____ Geburtsland (País de nacimiento): _____	

Name, Vorname (Apellido, nombre)	Deutsche Krankenversicherungsnummer (Número del seguro médico alemán)
----------------------------------	--

2. Sachverhalte im Ausland (Situaciones en el extranjero)

Üben Sie eine Erwerbstätigkeit (zum Beispiel Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit) im Ausland aus? Hierzu zählt auch eine Erwerbstätigkeit mit geringem Einkommen oder Homeoffice. (¿Realiza alguna actividad (por ejemplo está empleado o trabaja por cuenta propia) en el extranjero? Esto también incluye las actividades lucrativas con bajos ingresos y el teletrabajo.)

- ☐ Ja, seit dem (Sí, desde el) _____ (Tag (Día)/Monat (Mes)/Jahr (Año)) Staat (País): _____
- ☐ Nein (No)

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

(¿Recibe usted una pensión en el extranjero o ha solicitado una pensión en el extranjero?)

- ☐ Ja, seit dem (Sí, desde el) _____ (Tag (Día)/Monat (Mes)/Jahr (Año)) Staat (País): _____
- ☐ Nein (No)

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

(¿Recibe prestaciones sustitutivas del salario en el extranjero (por ejemplo, prestaciones por enfermedad o prestaciones por desempleo)?)

- ☐ Ja, seit dem (Sí, desde el) _____ (Tag (Día)/Monat (Mes)/Jahr (Año)) Staat (País): _____
- ☐ Nein (No)

3. Angaben zu den im Ausland wohnenden Familienangehörigen (Información sobre familiares residentes en el extranjero)

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

(¿Tiene usted familiares que viven en el extranjero y necesitan asistencia?)

- ☐ Ja (Sí) ☐ Nein (No)

	1. Person (Persona)	2. Person (Persona)	3. Person (Persona)	4. Person (Persona)
Name (Apellido)				
Vorname (Nombre)				
Geschlecht (Género)	☐ männlich (masculino) ☐ weiblich (femenino) ☐ unbestimmt (indefinido) ☐ divers (diverso)	☐ männlich (masculino) ☐ weiblich (femenino) ☐ unbestimmt (indefinido) ☐ divers (diverso)	☐ männlich (masculino) ☐ weiblich (femenino) ☐ unbestimmt (indefinido) ☐ divers (diverso)	☐ männlich (masculino) ☐ weiblich (femenino) ☐ unbestimmt (indefinido) ☐ divers (diverso)
Geburtsdatum (Fecha de nacimiento)				
Geburtsname (Apellido de soltero/a)				
Geburtsort (Lugar de nacimiento)				
Geburtsland (País de nacimiento)				
Staatsangehörigkeit (Nacionalidad)				
Verwandtschafts- verhältnis (Relación de parentesco)	☐ Ehepartner (Cónyuge) ☐ Lebenspartner (Compañero de vida) ☐ Kind (Niño) ☐ Anderes (Otros): _____	☐ Ehepartner (Cónyuge) ☐ Lebenspartner (Compañero de vida) ☐ Kind (Niño) ☐ Anderes (Otros): _____	☐ Ehepartner (Cónyuge) ☐ Lebenspartner (Compañero de vida) ☐ Kind (Niño) ☐ Anderes (Otros): _____	☐ Ehepartner (Cónyuge) ☐ Lebenspartner (Compañero de vida) ☐ Kind (Niño) ☐ Anderes (Otros): _____
freiwillige Angabe (Información voluntaria)				
Anschrift des Wohnorts (Dirección del lugar de residencia)				

Name, Vorname (Apellido, nombre)	Deutsche Krankenversicherungsnummer (Número del seguro médico alemán)
----------------------------------	--

	1. Person (Persona)	2. Person (Persona)	3. Person (Persona)	4. Person (Persona)
Üben Ihre Familienangehörigen eine Erwerbstätigkeit (Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit) aus? Hierzu zählt auch eine Erwerbstätigkeit mit geringem Einkommen oder Homeoffice. (¿Realizan sus familiares alguna actividad lucrativa (empleo o trabajo por cuenta propia)? Esto también incluye las actividades lucrativas con bajos ingresos y el teletrabajo.)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)
Beziehen Ihre Familienangehörigen Entgeltsersatzleistungen (zum Beispiel Krankengeld oder Leistungen bei Arbeitslosigkeit)? (¿Reciben sus familiares prestaciones sustitutivas del salario (por ejemplo, prestaciones por enfermedad o prestaciones por desempleo)?)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)
Beziehen Ihre Familienangehörigen eine Rente/Pension oder wurde eine Rente/Pension beantragt? (¿Reciben sus familiares una pensión o han solicitado una pensión?)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)
Haben Ihre Familienangehörigen eine eigene Krankenversicherung im Wohnstaat? (¿Tienen sus familiares su propio seguro médico en su país de residencia?)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)

Name, Vorname (Apellido, nombre)	Deutsche Krankenversicherungsnummer (Número del seguro médico alemán)
----------------------------------	--

	1. Person (Persona)	2. Person (Persona)	3. Person (Persona)	4. Person (Persona)
Sind Ihre Familienangehörigen im Wohnstaat über eine andere Person (zum Beispiel ein Kind über den anderen Elternteil) krankenversichert? (¿Están cubiertos sus familiares por el seguro médico de otra persona (por ejemplo, un niño a través del otro progenitor) en su país de residencia?)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Sí, desde el) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Día/Mes/Año) Staat (País): _____ ☐ Nein (No)
Name der Krankenkasse am Wohnort (Nombre de la compañía de seguro médico del lugar de residencia)				
Straße, Hausnummer (Calle, número de casa)				
Postleitzahl, Ort (Código postal, localidad)				
Versichertennummer (Número de seguro)				

Name, Vorname (Apellido, nombre)	Deutsche Krankenversicherungsnummer (Número del seguro médico alemán)
----------------------------------	--

Ich bin zu erreichen unter (Contacto en caso de preguntas)

(freiwillige Angabe/Información voluntaria)

Telefonnummer privat (Número de teléfono privado)	Telefonnummer mobil (Número de teléfono móvil)
E-Mail-Adresse (Dirección de correo electrónico)	
Sie dienen der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben. (Proporcionar un número de teléfono y una dirección de correo electrónico es voluntario y sirve para comunicarnos con usted rápidamente si tenemos alguna pregunta sobre la información que ha proporcionado.)	

Erklärung (Declaración)

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.

(Confirmo que la información que he proporcionado es correcta.

Les informaré inmediatamente y sin que me lo pidan sobre cualquier cambio en mis circunstancias y/o en las circunstancias de mis familiares (por ejemplo, mudanza, fin de los derechos de mis familiares en el extranjero, fin del seguro médico de mis familiares a través de otra persona en el extranjero, inicio de una actividad remunerada).

Soy consciente de que cualquier prestación obtenida incorrectamente puede ser reclamada si no informo de un cambio en mis circunstancias o si informo de dicho cambio con retraso.)

Datum (Fecha)	Unterschrift Versicherter (Firma del asegurado)

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.

(Información sobre protección de datos y obligación de cooperación)

Los datos de este cuestionario son necesarios para el cumplimiento de nuestras tareas legales de conformidad con el artículo 284, apartado 1, frase 1, n.º 2 y 4 del Libro V del Código Social alemán (SGB V) con el fin de solicitar prestaciones en especie dentro o, en su caso, fuera del país de residencia (artículos 11, 17, 22, 24, 25 y 26 del Reglamento (CE) n.º 883/2004). Se requiere su cooperación de conformidad con el artículo 60 SGB I o el artículo 76, apartado 4 del Reglamento (CE) n.º 883/2004 y el artículo 3, apartado 2, del Reglamento (CE) n.º 987/2009. La falta de cooperación puede provocar desventajas a la hora de solicitar prestaciones en especie o la pérdida del derecho a recibir prestaciones en el país de residencia. Puede encontrar información general sobre el tratamiento de sus datos y sus derechos en www.hek.de/datenschutz.)

Nur für HEK-interne Zwecke: Team Ausland