

HEK
Beitrag und Versicherung
22034 Hamburg

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

Sent your documents quickly and safely
by using the 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 for the examination of the issuance of an entitlement document or for the verification of an already existing registration for persons residing in an EU/EEA state, in Switzerland or in the United Kingdom, respectively

1. Persönliche Angaben Personal details

Name, Vorname (Surname, forename)		Deutsche Krankenversicherungsnummer (German health insurance number)	
Geburtsdatum (Date of birth)		Staatsangehörigkeit (Nationality)	
Geschlecht (Sex) ☐ männlich (male) ☐ weiblich (female) ☐ unbestimmt (undefined) ☐ divers (divers)			
Anschrift am Wohnort (Bei Änderung Datum angeben) Address of place of residence (Please state date in case of any change) Straße, Hausnummer (Street, house number): _____ Postleitzahl (Postcode): _____ Ort (Town): _____ Staat (Country): _____ seit (since): _____			
Bei Ausübung einer Erwerbstätigkeit in Deutschland und Wohnort im Ausland: Kehren Sie regelmäßig an Ihren Wohnort im Ausland zurück? (If you are gainfully employed in Germany and have your place of residence abroad: Do you return to your place of residence abroad on a regular basis?) ☐ Nein, mein Lebensmittelpunkt ist in Deutschland (No, the centre of my life is in Germany) ☐ Ja (Yes) ☐ mindestens einmal wöchentlich (at least once a week) ☐ anderer Turnus (at different intervals): _____			
Name und Anschrift der Krankenkasse am Wohnort im Ausland (falls vorhanden, bei Änderung Datum angeben) (Name and address of the health insurance fund at the place of residence abroad (if available, please state date in case of any change)): Name (Name): _____ Straße, Hausnummer (Street, house number): _____ Postleitzahl (Postcode): _____ Ort/Staat (Town): _____ Versichertennummer (Insurance number) : _____ seit (since): _____			
Versichertennummer bei der Krankenkasse am Wohnort im Ausland (Insurance number with the health insurance fund at the place of residence abroad): _____ Falls diese Nummer nicht bekannt ist (If this number is unknown): Geburtsname (Name of birth): _____ Geburtsort (Place of birth): _____ Geburtsland (Country of birth): _____			

Name, Vorname (Surname, forename)	Deutsche Krankenversicherungsnummer (German health insurance number)
--------------------------------------	---

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Anschrift des Wohnorts (Address of place of residence)				
Üben Ihre Familienangehörigen eine Erwerbstätigkeit (Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit) aus? Hierzu zählt auch eine Erwerbstätigkeit mit geringem Einkommen oder Homeoffice. (Do your family members have a gainful activity (employment or self-employment)? This also includes gainful employment with low income or teleworking.)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)
Beziehen Ihre Familienangehörigen Entgeltersatzleistungen (zum Beispiel Krankengeld oder Leistungen bei Arbeitslosigkeit)? (Do your family members receive income replacement benefits (for example, sickness benefits or unemployment benefits)?)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)
Beziehen Ihre Familienangehörigen eine Rente/Pension oder wurde eine Rente/Pension beantragt? (Do your family members receive a pension or has a pension been applied for?)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)

Name, Vorname (Surname, forename)	Deutsche Krankenversicherungsnummer (German health insurance number)
--------------------------------------	---

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Haben Ihre Familienangehörigen eine eigene Krankenversicherung im Wohnstaat? (Do your family members have their own health insurance in their State of residence?)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)
Sind Ihre Familienangehörigen im Wohnstaat über eine andere Person (zum Beispiel ein Kind über den anderen Elternteil) krankenversichert? (Are your family members covered by health insurance of another person (for example a child through the other parent) in their State of residence?)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)	☐ Ja, seit dem: (Yes, since) _____ (Tag/Monat/Jahr) (Day/Month/Year) Staat (Country): _____ ☐ Nein (No)
Name der Krankenkasse am Wohnort (Name and address of the health insurance fund in the State of residence)				
Straße, Hausnummer (Street, house number)				
Postleitzahl, Ort (postcode, town)				
Versichertennummer (insurance number)				

Name, Vorname (Surname, forename)	Deutsche Krankenversicherungsnummer (German health insurance number)
--------------------------------------	---

Ich bin zu erreichen unter In case of any questions

(freiwillige Angabe/voluntary information)

Telefonnummer privat (phone number)	Telefonnummer mobil (mobile number)
E-Mail-Adresse (e-mail address)	
Sie dienen der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben. (Providing a phone number and an e-mail address is voluntary and serves to contact you quickly if we have any questions about the information you have provided.)	

Erklärung Confirmation

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.

I confirm that the information I have provided is correct.
I will inform you immediately of any changes in my circumstances and/or in the circumstances of my family members (for example relocation, end of the entitlement of family members abroad, end of the health insurance of the family members through another person abroad, taking up gainful employment et cetera) without being asked to do so. I am aware that unjustly claimed benefits can be reclaimed if I do not inform you of a change in my circumstances or if I inform you of such a change with a delay.

Datum (Date)

Unterschrift Versicherter (Signature of member)

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.

Data protection notice

The data in this questionnaire is required so that we can comply with our statutory tasks in accordance with Section 284 (1) Sentence 1 Nos. 2 and 4 of Book V of the German Social Code (SGB V) for the purpose of claiming benefits in kind in or, where applicable, outside the state of residence (Articles 11, 17, 22, 24, 25 and 26 Regulation (EC) No. 883/2004). Your cooperation is required in accordance with Section 60 SGB I or Article 76 (4) Regulation (EC) No. 883/2004 and Article 3 (2) Regulation (EC) No. 987/2009. Failure to cooperate may result in disadvantages when claiming benefits in kind or in the loss of entitlement to benefits in the State of residence. General information on data processing and on your rights can be found at: www.hek.de/datenschutz or you can obtain it at any office of Hanseatische Krankenkasse. Providing a phone number and an email address is voluntary and serves to contact you quickly if we have any questions about the information you have provided.

Nur für HEK-interne Zwecke: Team Ausland