



有关参保人员的一般信息

Allgemeine Angaben zum Mitglied

是的，我要在 _____ 在 KKH 公司参保。

Ja, ich werde zum (...) Mitglied der KKH.

女士 先生 学术头衔 _____
Frau Herr Akad. Grad

姓名 | Name, Vorname

如有，请填写出生名 | Ggf. Geburtsname 出生日期 | Geburtsdatum

性别: 女 男 第三性*
Geschlecht: weiblich männlich divers*

出生地 | Geburtsort 国籍 | Staatsangehörigkeit

街道，门牌号码 | Straße, Hausnummer

邮政编码 | PLZ 所在地 | Ort

固定电话/移动电话** | Telefon/mobil**

电子邮箱** | E-Mail**

单身 已婚 丧偶
ledig verheiratet verwitwet
 离婚 有同居伙伴***
geschieden verpartnert***

还没有
noch keine vorhanden

养老保险号 | Rentenversicherungsnummer

医疗保险号 (KVNR) | Krankenversicherungsnummer (KVNR)

我出于以下原因更换保险公司

Ich möchte aus folgendem Grund die Krankenkasse wechseln

- 更换雇主
Arbeitgeberwechsel
- 进入失业状态
Eintritt in die Arbeitslosigkeit
- 从事自营经营活动
Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit
- 开始大学学业
Aufnahme eines Studiums
- 保险合同到期
Ablauf der Bindefrist
- 我目前的保险公司上调附加保险保险费
Erhöhung des Zusatzbeitrages meiner bisherigen Krankenkasse
- 出于其他原因
Wechsel aus anderen Gründen

保险保障的一般说明

Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz

我是 ... | Ich bin ...

- 雇员 职业培训生
Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r)
- 大学生 退休人员
Student(in) Rentner(in)/Pensionär(in)
- 自营业者
Selbstständige(r)
(请填写与收入相关的保险费计算申请表)
(Bitte Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung ausfüllen.)
- 其他 _____
Sonstiges

雇主/学校名称 | Name Arbeitgeber/Hochschule

街道，门牌号码 | Straße, Hausnummer

邮政编码 | PLZ 所在地 | Ort

就业/就读始于 税前月收入 (欧元)
beschäftigt seit/studiere ab mtl. Bruttoentgelt (EUR)

我与雇主有亲戚或姻亲关系。
Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.

我在本公司 (企业) 参股。
Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.

参股形式 | Art der Beteiligung

- 我有其他职业。
Ich habe eine weitere Beschäftigung.
- 我 (此外) 自 _____ 起从事自营业活动。
Ich bin (daneben) seit (...) selbstständig erwerbstätig.
- 我领取养老金/抚恤金 (例如孤儿抚恤金，遗孀抚恤金，企业退休人员退休金或者其他抚恤金)。
Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug).

本人最近一次参保:
Ich war zuletzt versichert:

从 | von 至 | bis

在 (目前参保医疗保险公司的名称以及地址) 处参保 (私人医疗保险，法定医疗保险，海外医疗保险)
bei (Name und Anschrift der derzeitigen Krankenkasse (private, gesetzliche, ausländische)

在国外 _____
im Ausland 移居德国的时间 | Zuzug in Deutschland am

国际保险号 | Internationale Versicherungsnummer



* 《《民事身份登记法》第 22 条第 3 款 ** 自由身份登记说明 ***对第三身份有相关规定。生活伴侣可以是根据此法律对其伴侣关系进行说明的同性伴侣。

*divers im Sinne des § 22 Abs. 3 PStG ** freiwillige Angaben *** Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

我之前的参保身份：

Ich war versichert als:

- 法定参保人 (例如雇员、大学生、退休人员)
Pflichtmitglied (z. B. Arbeitnehmer, Student, Rentner)
- 自愿参保人
(例如雇员、自营业者、儿童、大学生、配偶等。)
freiwilliges Mitglied (z. B. Arbeitnehmer, Selbstständiger,
Kind, Student, Ehegatte usw.)
- 家庭参保
familienversichert
- 尚未在德国参加保险
noch nie in Deutschland versichert

大学生须补充额外说明：

Zusätzliche Angaben bei Studenten:

- 我申请每月缴纳保险费。
(需要提供直接划款授权。请随附大学入学注册证明。)
Ich beantrage die monatliche Beitragszahlung. (SEPA-Mandat ist
erforderlich. Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

其他说明

Sonstige Angaben

- 我想让家庭成员免费共同参保。(请填写家庭保险申请。)
Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern.
(Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen.)
- 我有子女。(此信息对计算确定护理保险的保险费很重要)
Ich habe Kinder. (Wichtig für die Beitragsbemessung
in der Pflegeversicherung)
- 我有权利从社会事务局、同业工伤事故保险联合会或者其他
机构获得资助。
Ich habe anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt,
einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.

以下人员向我推荐 KKH:

Die KKH wurde mir empfohlen durch:

姓名 | Name, Vorname

同意声明

Einwilligungserklärungen

我同意，KKH 通过邮件或者电话就下列选定的主题向我发送信息，且可出于此目的存储、处理以及利用我的联系信息，直至我与 KKH 保险合同关系终止。

Ich willige ein, dass die KKH mich zu den unten angekreuzten Themen per E-Mail oder Telefon informiert und zu diesen Zwecken **auch meine Kontaktdaten** bis zum Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der KKH **speichert, verarbeitet und nutzt**.

- 客户问卷调查，KKH 产品和服务
Kundenbefragung, KKH Produkte und Services

- 私人补充保险
private Zusatzversicherungen

这些同意许可是自愿授予的，我可以随时通过例如电话、电子邮件或者信件等非正式声明撤销对 KKH 的同意声明。

Diese Einwilligungen sind freiwillig und ich kann sie jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.

KKH 护理保险

Pflegekasse bei der KKH

参保申请包含 KKH 的护理保险。

Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH mit ein.

- 不，我不用参加社会护理保险。(请随附证明。)
Nein, ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit.
(Bitte Nachweis beifügen.)

KKH 完成申请处理等工作需要获取个人信息；根据《社会法典》第五篇第 284 条以及第十一篇第 94 条规定，收集和处理该数据。有关数据处理的详细信息以及您的权利信息，请参见随附的信息以及我们的网站 [KKH.DE/DATENSCHUTZ](https://www.kkh.de/DATENSCHUTZ)。我在此签字确认本申请书中的所有信息说明的真实性。

Die Angaben sind zur Erfüllung der Aufgaben der KKH, insbesondere der Antragsbearbeitung, erforderlich; die Daten werden aufgrund § 284 SGB V und § 94 SGB XI erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte den beiliegenden Informationen sowie unserer Internetseite [kkh.de/datenschutz](https://www.kkh.de/datenschutz). Die Richtigkeit aller Angaben auf diesem Antrag bestätige ich durch meine Unterschrift.

日期 | Datum

X

签字 | Unterschrift

KKH Kaufmännische Krankenkasse

30125 Hannover

电话 | Telefon 0800 5548640554

service@kkh.de