

Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung Дані для сімейного страхування без сплати внесків

(Allgemeine Informationen finden Sie unter: kkh.de/voraussetzungen)

(загальну інформацію можна знайти за адресою: kkh.de/voraussetzungen)

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Загальні дані члена лікарняної каси

Name, Vorname (Mitglied) _____
Прізвище, ім'я (члена лікарняної каси)

Anschrift _____
Адреса

Geburtsdatum _____ Servicezeichen _____
Дата народження Службова позначка

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
Сімейний стан незаміжня/неодружений заміжня/одружений живе окремо розлучена/розлучений вдова/вдівець

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (In diesem Fall sind die Angaben jeweils unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen.)

Цивільне партнерство згідно з Законом про реєстрацію цивільного партнерства — LPartG (у цьому випадку слід вказати дані у відповідному розділі «Подружжя»)

Anlass für die Aufnahme meines/meiner Angehörigen in die Familienversicherung: Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes
Причина включення члена / членів моєї сім'ї до сімейної страховки: Початок мого членства у лікарняній касі Народження дитини

Heirat Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen Zuzug aus dem Ausland Sonstiges _____
Укладення шлюбу Завершення у членів сім'ї попереднього членства у лікарняній касі Прибуття з-за кордону Інше

Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ (Angabe freiwillig) Mobil-Nummer _____ (Angabe freiwillig)
Зі мною можна зв'язатися протягом дня за номером телефону (вказується за бажанням) № мобільного тел (вказується за бажанням)

oder per E-Mail _____ (Angabe freiwillig) zu erreichen.
або електронною поштою (вказується за бажанням).

Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner* bei Familienversicherung von Kindern

Дані про подружжя / цивільного партнера* для сімейного страхування дітей

Name, Vorname _____ ggf. abweichende Anschrift _____
Прізвище, ім'я за потреби інша адреса

Mein Ehe-/Lebenspartner* ist selbst gesetzlich krankenversichert (Mitglied) nicht gesetzlich versichert.
Мій партнер у шлюбі/цивільний партнер* сам має обов'язкову медичну страховку (член лікарняної каси) медичної страховки.
 familienversichert nicht gesetzlich versichert.
має сімейну страховку не має обов'язкової медичної страховки.

Name/Sitz der Krankenversicherung _____ Höhe seiner mtl. Einkünfte¹⁾ _____ €
Назва/місцезнаходження закладу медичного страхування Розмір щомісячного доходу партнера¹⁾

Einkommensart (z. B. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt etc.)¹⁾ _____
Вид заробітку (наприклад, прибуток від самостійної діяльності, оплата праці тощо)¹⁾

Das Gesamteinkommen meines Ehe-/Lebenspartners ist regelmäßig höher als mein eigenes.¹⁾ ja nein
Загальна сума заробітку мого партнера в шлюбі/цивільного партнера регулярно перевищує мій власний заробіток.¹⁾ так ні

¹⁾Diese Angaben sind nur erforderlich, sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert und mit den Kindern verwandt ist, für die eine Familienversicherung beantragt wird. In diesem Fall sind die Einkünfte zwingend durch Einkommensnachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) zu belegen. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

²⁾Ці дані потрібні лише у випадку, коли партнер у шлюбі/цивільний партнер не має обов'язкової медичної страховки та є родичем дітям, на яких подається заявка на сімейну страховку. У цьому випадку обов'язково підтверджувати доходи довідками про доходи (наприклад, рішенням про розмір податку з доходу). Доплати, які виплачуються з урахуванням сімейного стану, не слід враховувати у даних про доходи.

* Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

* Цивільними партнерами вважаються особи однієї статі, які декларували своє партнерство згідно з Законом про реєстрацію цивільного партнерства (LPartG).

Bitte wenden!
Див. на звороті!

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

Загальні дані про членів сім'ї

Eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen ist rechtlich nicht zulässig. Bitte stellen Sie mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Одночасне сімейне страхування в різних лікарняних касах не допускається за законом. Будь ласка, підтвердіть у своїх даних, що подвійне сімейне страхування виключено.

Ehegatte w m x d** Kind w m x d Kind w m x d**
Подружжя ж ч х і** Дитина ж ч х і** Дитина ж ч х і**

Familienversicherung wird beantragt ab _____

Дата початку сімейного страхування за заявкою _____

Name _____

Прізвище _____

(Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist (z. B. weil sie durch Flucht oder Vertreibung zurückgelassen wurden oder verloren gegangen sind) – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.)

(якщо прізвище члена лікарняної каси не збігається з прізвищем члена сім'ї, слід одноразово підтвердити сімейний стан особи відповідними документами (наприклад, свідоцтвом про шлюб, свідоцтвом про реєстрацію цивільного партнерства, свідоцтвом про народження) або, якщо їхнє подання неможливе (наприклад, тому, що їх було залишено чи втрачено через втечу або висилку), іншим відповідним документом (наприклад, довідкою про отримання допомоги на дитину))

Vorname _____

Ім'я _____

Geburtsdatum _____

Дата народження _____

ggf. abweichende Anschrift _____

за потреби інша адреса _____

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied leibl. Kind²⁾ Stiefkind leibl. Kind²⁾ Stiefkind

ступінь спорідненості з членом лікарняної каси

рідна дитина²⁾

пасинок/падчерка

рідна дитина²⁾

пасинок/падчерка

²⁾Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden

²⁾Назва «рідна дитина» також використовується в разі усиновлення/удочеріння.

Enkel Pflegekind Enkel Pflegekind

онук(а)

прийомна дитина

онук(а)

прийомна дитина

Der Ehegatte des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt

Подружжя члена лікарняної каси має родинний зв'язок із дитиною.

nein

ні

nein

ні

Angaben zur Vorversicherung der Familienangehörigen

Дані про попереднє страхування членів сім'ї

Ehegatte
Подружжя _____

Kind
Дитина _____

Kind
Дитина _____

Bisherige Krankenversicherung _____

Попереднє медичне страхування _____

bis _____

до _____

selbst gesetzlich versichert

самостійна обов'язкова страховка

selbst gesetzlich versichert

самостійна обов'язкова страховка

selbst gesetzlich versichert

самостійна обов'язкова страховка

privat versichert

приватне страхування

privat versichert

приватне страхування

privat versichert

приватне страхування

familienversichert bei

сімейна страховка в компанії

familienversichert bei

сімейна страховка в компанії

familienversichert bei

сімейна страховка в компанії

Name, Vorname _____

Прізвище, ім'я _____

nicht versichert

не має страховки

nicht versichert

не має страховки

nicht versichert

не має страховки

** w = weiblich, m = männlich, x = unbestimmt, d = divers

** ж = жіноча, ч = чоловіча, х = не визначена, і = інше

Bitte wenden!

Див. на звороті!

Sonstige Angaben zu den Familienangehörigen

Інші дані про членів сім'ї

	Ehegatte Подружжя	Kind Дитина	Kind Дитина
Selbstständige Tätigkeit liegt vor. Здійснює самостійну діяльність	<input type="checkbox"/> ja так	<input type="checkbox"/> ja так	<input type="checkbox"/> ja так
Es werden Arbeitnehmer beschäftigt. Є наймані робітники	<input type="checkbox"/> ja так	<input type="checkbox"/> ja так	<input type="checkbox"/> ja так
Höhe des Gewinns Розмір прибутку	monatl. _____ щомісячно	€ monatl. _____ щомісячно	€ monatl. _____ щомісячно
(Bitte Kopie des Einkommensteuerbescheides beifügen!) (додайте копію рішення про розмір податку з доходу!)			
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatl.) Сума оплати праці бруто за мінімальну зайнятість (щомісячно)	_____ €	_____ €	_____ €
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) Bitte Nachweise beifügen! Законодавчо встановлена пенсія, пенсійні виплати державного службовця, пенсії (щомісячна сума платежу) Будь ласка, додайте довідки!	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen – bitte Nachweise beifügen) Інші регулярні щомісячні доходи у сенсі податкового законодавства (наприклад, сума оплати праці бруто за зайнятість, що перевищує мінімальну, доходи за найми та оренда, доходи за вкладений капітал — додайте довідки)	_____ €	_____ €	_____ €
	Art der Einkünfte Вид доходу	Art der Einkünfte Вид доходу	Art der Einkünfte Вид доходу
	_____ €	_____ €	_____ €
	Art der Einkünfte Вид доходу	Art der Einkünfte Вид доходу	Art der Einkünfte Вид доходу
	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) Інші доходи (наприклад, компенсація за втрату робочого місяця)	_____ €	_____ €	_____ €
Schule/Studium vom ... Школа / навчання з ...	_____	_____	_____
bis voraussichtlich ... (ab 23 Jahren bitte Nachweis beifügen) імовірно до ... (з 23 років, будь ласка, додайте довідку)	_____	_____	_____
Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst von ... bis ... (bitte Nachweis beifügen) Військова або законодавчо врегульована добровільна служба з ... до ... (будь ласка, додайте довідку)	_____	_____	_____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige (bitte immer ausfüllen)

Дані про призначення номера медичної страховки для учасника сімейного страхування (заповнювати обов'язково)

	Ehegatte Подружжя	Kind Дитина	Kind Дитина
Rentenversicherungsnummer Номер пенсійного страхового поліса	_____	_____	_____
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde: Наступні дані потрібні лише тоді, коли номер пенсійного страхового поліса ще не призначений:			
Geburtsname Прізвище під час народження	_____	_____	_____
Geburtsort Місце народження	_____	_____	_____
Geburtsland Країна народження	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit Громадянство	_____	_____	_____

Bitte wenden!
Див. на звороті!

Einwilligungserklärungen

Заяви про згоду

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

Я погоджуюся з тим, що компанія ККН інформує мене електронною поштою або телефоном за відміченими нижче темами та з цією метою також зберігає, обробляє та використовує мої контактні дані до кінця дії моїх страхових відносин в компанії ККН.

- Kundenbefragung
опитування клієнтів
- KKH Produkte und Services
продукти та послуги компанії ККН
- private Zusatzversicherungen
додаткове приватне страхування

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

Я в будь-який момент можу відкликати ці згоди, надавши до компанії ККН заяву у довільній формі, наприклад, телефоном, електронною поштою або листом.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt besonders, wenn sich das Einkommen meiner oben angegebenen Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.

Підтверджую правильність даних. Я негайно інформуватиму про зміни. Це стосується зокрема заробітку — мого або вказаних членів сім'ї (наприклад, нове рішення про розмір податку з доходу від самостійної діяльності) — або випадків, коли ці особи стають членами (іншої) лікарняної каси.

<hr/>	X	X
Ort, Datum місце, дата	Unterschrift des Mitglieds підпис члена лікарняної каси	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen за потреби підписи членів сім'ї

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen oder dessen gesetzlichen Vertreters aus.

Своїм підписом я підтверджую, що члени сім'ї погодилися з наданням необхідних даних. Для членів сім'ї, які проживають окремо, достатньо підпису члена сім'ї або його законного представника.

Datenschutz

Захист даних

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

Інформація про захист даних (ст. 13 Регламенту (ЄС) 2016/679): для того, щоб ми могли оцінити сімейну страховку, потрібна ваша участь згідно з § 10, абзац 6, § 289 SGB V. Дані збираються для встановлення страхових відносин (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989 (Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte, Закон про медичне страхування фермерів), § 25 SGB XI). Добровільно вказані контактні дані використовуються тільки для запитів стосовно ваших страхових відносин.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an die KKH Hauptverwaltung, 30125 Hannover.

Будь ласка, надішліть заповнену заявку за адресою: KKH Hauptverwaltung, 30125 Hannover (головне управління компанії ККН у Ганновері).