



Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung Сведения о семейной страховке с освобождением от уплаты взносов

(Allgemeine Informationen finden Sie unter: kkh.de/voraussetzungen)
(Общую информацию можно найти по ссылке: kkh.de/voraussetzungen)

Bitte füllen Sie diesen Antrag in lateinischer Schrift aus!
Заполнять латинскими буквами!

Allgemeine Angaben des Mitglieds Общие сведения о застрахованном лице

Name, Vorname (Mitglied) _____
Фамилия, имя (застрахованного лица)

Anschrift _____
Адрес

Geburtsdatum _____ Servicezeichen _____
Дата рождения Сервисный код

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend
Семейное положение холостой/не замужем состоит в браке раздельное проживание

geschieden verwitwet
разведен (-а) вдовец / вдова

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG (in diesem Fall sind die Angaben jeweils unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)
Зарегистрированное гражданское партнерство согласно Закону о зарегистрированных гражданских партнерствах - LPartG (в этом случае следует указать сведения в разделе «Супруг»)

Anlass für die Aufnahme meines/meiner Angehörigen in die Familienversicherung: Beginn meiner Mitgliedschaft
Причина для включения члена моей семьи в семейную страховку: Начало срока действия моего договора страхования

Geburt des Kindes Heirat
Рождение ребенка Вступление в брак

Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen Zuzug aus dem Ausland Sonstiges
Окончание срока действия предыдущего договора страхования для члена семьи Прибытие из-за рубежа Прочее

Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ (Angabe freiwillig) Mobil-Nummer _____ (Angabe freiwillig)
В течение дня со мной можно связаться по телефону (указывать не обязательно) мобильному телефону (указывать не обязательно)

oder per E-Mail _____ (Angabe freiwillig) zu erreichen.
или по электронной почте (указывать не обязательно).

Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner* bei Familienversicherung von Kindern Сведения о супруге/гражданском партнере* при семейном страховании детей

Name, Vorname _____ ggf. abweichende Anschrift _____
Фамилия, имя в случае необходимости отличающийся адрес

Mein Ehe-/Lebenspartner* ist selbst gesetzlich krankenversichert ja nein
Мой (моя) супруг (-а)/гражданский партнер* застрахован (-а) в рамках обязательного медицинского страхования да нет

Name/Sitz der Krankenversicherung _____ Höhe seiner mtl. Einkünfte¹⁾ _____ €
Название/место нахождения страховой медицинской организации Размер его (ее) ежемесячного дохода¹⁾

Einkommensart (z. B. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt etc.)¹⁾ _____
Вид заработка (например, прибыль от предпринимательской деятельности, заработная плата и т. д.)¹⁾

Das Gesamteinkommen meines Ehe-/Lebenspartners ist regelmäßig höher als mein eigenes¹⁾ ja nein
Общая сумма дохода моего супруга (-и)/гражданского партнера регулярно превышает общую сумму моего дохода¹⁾ да нет

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.

¹⁾ Эти сведения следует указывать только в том случае, если супруг (-а)/гражданский партнер не застрахован (-а) в рамках обязательного медицинского страхования и состоит в родстве с детьми, которые включаются в семейную страховку. В этом случае следует в обязательном порядке предоставить документы, удостоверяющие уровень дохода (например, извещение об установлении подоходного налога). Доплаты, которые выплачиваются с учетом семейного положения, не следует принимать в расчет при указании сведений о доходах.

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

* Гражданскими партнерами являются лица одного пола, которые заявили о своем партнерстве в соответствии с Законом о зарегистрированном гражданском партнерстве (LPartG).

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

Общие сведения о членах семьи

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.

Одновременное осуществление семейного страхования в различных страховых медицинских организациях не разрешено законом. Подтвердите внесенными сведениями, что возможность двойного семейного страхования исключена.

Ehegatte w m d** Kind w m d** Kind w m d**
 Супруг (-а) ж м р** Ребенок ж м р** Ребенок ж м р**

Familienversicherung wird beantragt ab _____
 Дата подачи заявления о включении в семейную страховку _____

Name (Bitte fügen Sie bei vom Mitglied abweichenden Namen einen Nachweis, z. B. Heiratsurkunde, bei.) _____
 Фамилия (при отличии от фамилии застрахованного лица приложите подтверждающий документ, например, свидетельство о браке) _____

Vorname _____
 Имя _____

Geburtsdatum _____
 Дата рождения _____

ggf. abweichende Anschrift _____
 в случае необх. отличающийся адрес _____

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied leibl. Kind²⁾ Stiefkind leibl. Kind²⁾ Stiefkind
 Родственные отношения с застрахованным лицом родн. ребенок²⁾ Пасынок (падчерица) родн. ребенок²⁾ Пасынок (падчерица)
²⁾Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden Enkel Pflegekind Enkel Pflegekind
²⁾Выражение «родн. ребенок» следует использовать и при усыновлении Внук Ребенок, находящийся под опекой Внук Ребенок, находящийся под опекой

Der Ehegatte des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt nein nein
 Супруг (-а) застрахованного лица состоит в родстве с ребенком нет нет

Angaben zur Vorversicherung der Familienangehörigen

Сведения о предшествующем страховании членов семьи

Ehegatte Kind Kind
 Супруг (-а) Ребенок Ребенок

Bisherige Krankenversicherung, bis _____
 Предшествующее медицинское страхование, до _____

selbst gesetzlich versichert selbst gesetzlich versichert selbst gesetzlich versichert
 Obowiązkowe ubezpieczenie застрахован (-а) в рамках застрахован (-а) в рамках застрахован (-а) в рамках
 обязательного страхования обязательного страхования обязательного страхования

privat versichert privat versichert privat versichert
 застрахован (-а) частной застрахован (-а) частной застрахован (-а) частной
 страховой компанией страховой компанией страховой компанией

familienversichert bei familienversichert bei familienversichert bei
 застрахован (-а) в рамках застрахован (-а) в рамках застрахован (-а) в рамках
 семейного страхования в семейного страхования в семейного страхования в

Name, Vorname _____
 Фамилия, имя _____

nicht versichert nicht versichert nicht versichert
 не застрахован (-а) не застрахован (-а) не застрахован (-а)

** d = divers im Sinne des § 22 Abs. 3 PStG

** р = различный, в соответствии с § 22, абзац 3 Закона о гражданском состоянии лиц

Sonstige Angaben zu den Familienangehörigen

Прочие сведения о членах семьи

	Ehegatte Супруг (-а)	Kind Ребенок	Kind Ребенок
Selbstständige Tätigkeit liegt vor Осуществляет предпр. деятельность	<input type="checkbox"/> ja да	<input type="checkbox"/> ja да	<input type="checkbox"/> ja да
Es werden Arbeitnehmer beschäftigt Имеются наемные работники	<input type="checkbox"/> ja да	<input type="checkbox"/> ja да	<input type="checkbox"/> ja да
Höhe des Gewinns Прибыль	monatl. _____ в месяц	€ monatl. _____ в месяц	€ monatl. _____ в месяц
(Bitte Kopie des Einkommensteuerbescheides beifügen!) (Приложите копию извещения об установлении подоходного налога!)			
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatl.) Общая сумма заработной платы за работу по сокращенной ставке (в месяц)	_____ €	_____ €	_____ €
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) Bitte Nachweise beifügen Установленная законом пенсия, доходы, полученные наемным работником из кассы взаимопомощи, пенсия от предприятия, пенсия, получаемая из-за рубежа, прочие пенсии (ежемесячная сумма)	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts Приложите подтверждающие документы Прочие регулярные ежемесячные доходы, предусмотренные налоговым законодательством	_____ €	_____ €	_____ €
Art der Einkünfte (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen – bitte Nachweise beifügen) Вид доходов (например, общая сумма заработной платы за работу с вознаграждением, превышающим заработную плату по сокращенной ставке, доходы от сдачи в аренду или внаем, доходы от прироста капитала – приложите подтверждающие документы)	_____ €	_____ €	_____ €
Schule/Studium vom ... Школа/обучение с ...	_____	_____	_____
bis voraussichtlich ... (ab 23 Jahren bitte Nachweis beifügen) предположительно до ... (Для лиц, старше 23 лет, приложить подтверждение)	_____	_____	_____
Wehr- oder Zivildienst bzw. Freiwilligendienst von ... bis ... (bitte Nachweis beifügen) Военная или альтернативная гражданская служба, а также добровольная служба с ... до ... (приложите подтверждающие документы)	_____	_____	_____
Es bestehen anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufs- genossenschaft oder anderen Trägern. Имеются легитимные права на получение страхового пособия от ведомства по социальным вопросам, общества страхователей и других организаций.	<input type="checkbox"/> ja да	<input type="checkbox"/> ja да	<input type="checkbox"/> ja да

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

Сведения для передачи номера медицинской страховки для члена семьи, застрахованного в рамках семейного страхования (обязательно заполнить)

	Ehegatte Супруг (-а)	Kind Ребенок	Kind Ребенок
Rentenversicherungsnummer Номер пенсионного страхования	_____	_____	_____
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde: Следующие сведения требуются только в том случае, если еще не был присвоен номер пенсионного страхования:			
Geburtsname Фамилия при рождении	_____	_____	_____
Geburtsort Место	_____	_____	_____
Geburtsland страна рождения	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit Гражданство	_____	_____	_____

Einwilligungserklärungen

Согласие

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

Настоящим я соглашаюсь с тем, что КKH будет информировать меня по отмеченным ниже темам по электронной почте, по телефону, факсу или по СМС, а также будет хранить, обрабатывать и использовать мои контактные данные до завершения условий моего страхования в КKH.

- Kundenbefragung
опрос клиентов
- KKH Produkte und Services
продукция и услуги КKH
- private Zusatzversicherungen
частное дополнительное страхование

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

Я могу в любое время отозвать данное согласие, направив в КKH заявление в произвольной форме, например, по телефону, по электронной почте или письмом.

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.

Я подтверждаю достоверность данных. Об изменениях я немедленно проинформирую Вас. Это касается в особенности изменения уровня дохода вышеуказанных членов моей семьи (например, новое извещение об установлении подоходного налога при предпринимательской деятельности) и тех случаев, когда они заключат договор страхования с (другой) страховой медицинской организацией.

Ort, Datum		
Mесто, Число	Unterschrift des Mitglieds Подпись застрахованного лица	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben в случае необходимости подпись членов семьи, которым исполнилось 15 лет

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.

Подписываясь, я заявляю о получении согласия членов семьи на передачу необходимых данных. В случае раздельного проживания членов семьи достаточно подписи члена семьи или его законного представителя.

Datenschutz

Защита информации

Die Angaben werden zur Erfüllung der Aufgaben der KKH nach § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 50 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Antragsbearbeitung zur Familienversicherung erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte unserer Internetseite khh.de/datenschutz

Сбор и обработка данных осуществляется для исполнения задач КKH согл. § 284 п. 1 стр. 1 № 1 Кодекса социального права и § 94 п. 1 № 1 в сочетании с § 50 п. 1 Кодекса социального права с целью обработки заявок на семейное страхование. Более подробная информация по обработке данных и Ваших правах приводится на нашем сайте по ссылке khh.de/datenschutz

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

Отправьте заполненное заявление в главное управление КKH, 30125 Ганновер