

## Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung

### Сведения о семейной страховке с освобождением от уплаты взносов

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

(Общую информацию можно найти по ссылке: [kkh.de/voraussetzungen](http://kkh.de/voraussetzungen))

#### 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  geschieden  verwitwet  
Семейное положение холостой состоит в браке раздельное проживание 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  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 (Mitglied)  familienversichert  nicht gesetzlich versichert.  
Мой (моя) супруг(а) / гражданский партнер\* застрахован(а) в рамках обязательного семейного страхования не имеет обязательной страховки медицинского страхования (застрахованное лицо)

Name/Sitz der Krankenversicherung \_\_\_\_\_ Höhe seiner mtl. Einkünfte<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_ €  
Название / место нахождения страховой медицинской организации Размер его (ее) ежемесячного дохода<sup>1)</sup>

Einkommensart (z. B. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt etc.)<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_  
Вид заработка (например, прибыль от предпринимательской деятельности, заработная плата и т. д.)<sup>1)</sup>

Das Gesamteinkommen meines Ehe-/Lebenspartners ist regelmäßig höher als mein eigenes.<sup>1)</sup>  ja  nein  
Общая сумма дохода моего супруга(и) / гражданского партнера регулярно превышает общую сумму моего дохода.<sup>1)</sup> да нет

<sup>1)</sup> 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.

<sup>1)</sup> 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 die 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).

**Bitte wenden!**  
Переверните страницу!

## Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen Ogólne informacje o członkach rodziny

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  x  d\*\* Kind  w  m  x  d\*\* Kind  w  m  x  d\*\*  
Супруг(а) ж м х р\*\* Ребенок ж м х р\*\* Ребенок ж м х р\*\*

Familienversicherung wird beantragt ab \_\_\_\_\_

Дата подачи заявления о включении в семейную страховку \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_

(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.)

(при отличии фамилии застрахованного лица от фамилии членов семьи приложите подтверждающий документ (например, свидетельство о браке, свидетельство о регистрации отношений гражданского партнерства, свидетельство о рождении) или, если предоставление данных документов невозможно (например, если они были оставлены или утрачены в результате потопа или вынужденного переселения), другие соответствующие документы (например, постановление о выплате алиментов).)

Vorname \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

ggf. abweichende Anschrift \_\_\_\_\_

в случае необх. отличающийся адрес \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied \_\_\_\_\_

Родственные отношения с застрахованным лицом \_\_\_\_\_

leibl. Kind<sup>2)</sup>  Stiefkind  leibl. Kind<sup>2)</sup>  Stiefkind  
родн. ребенок<sup>2)</sup> Пасынок (падчерица) родн. ребенок<sup>2)</sup> Пасынок (падчерица)

<sup>2)</sup>Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden

<sup>2)</sup>Выражение «родн. ребенок» следует использовать и при усыновлении.

Enkel  Pflegekind  Enkel  Pflegekind  
Внук Ребенок, находящийся под опекой Внук Ребенок, находящийся под опекой

Der Ehegatte des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt \_\_\_\_\_

Супруг(а) застрахованного лица состоит в родстве с ребенком. \_\_\_\_\_

nein  nein  
нет нет

## Angaben zur Vorversicherung der Familienangehörigen

Сведения о предшествующем страховании членов семьи

Ehegatte  
Супруг(а)

Kind  
Ребенок

Kind  
Ребенок

Bisherige Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Предшествующее медицинское страхование \_\_\_\_\_

bis \_\_\_\_\_

до \_\_\_\_\_

selbst gesetzlich versichert  
обязательного страхования

privat versichert  
застрахован(а) частной  
страховой компанией

familienversichert bei  
застрахован(а) в рамках  
семейного страхования в

selbst gesetzlich versichert  
обязательного страхования

privat versichert  
застрахован(а) частной  
страховой компанией

familienversichert bei  
застрахован(а) в рамках  
семейного страхования в

selbst gesetzlich versichert  
обязательного страхования

privat versichert  
застрахован(а) частной  
страховой компанией

familienversichert bei  
застрахован(а) в рамках  
семейного страхования в

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Фамилия, имя \_\_\_\_\_

nicht versichert  
не застрахован(а)

nicht versichert  
не застрахован(а)

nicht versichert  
не застрахован(а)

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

\*\* ж = женский, м = мужской, х = не определен, р = различный

Bitte wenden!

Переверните страницу!

## 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
<b>(Bitte Kopie des Einkommensteuerbescheides beifügen!)</b> (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)	_____ €	_____ €	_____ €
<b>Bitte Nachweise beifügen!</b> 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 (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen – bitte Nachweise beifügen)	_____ €	_____ €	_____ €
Приложите подтверждающие документы! Прочие регулярные ежемесячные доходы, предусмотренные налоговым законодательством (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)			
	Art der Einkünfte Rodzaj przychodów	Art der Einkünfte Rodzaj przychodów	Art der Einkünfte Rodzaj przychodów
Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	_____ €	_____ €	_____ €
Прочие доходы (например, компенсация за потерю рабочего места)			
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.	<input type="checkbox"/> ja да	<input type="checkbox"/> ja да	<input type="checkbox"/> ja да
Uzasadnione roszczenia wobec zakładów ubezpieczeń emerytalnych, związków zawodowych lub innych instytucji.			

## 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	_____	_____	_____

**Bitte wenden!**

Переверните страницу!

## Einwilligungserklärungen Согласие

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.

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

- Kundenbefragung  
Опрос клиентов
- KKH Produkte und Services  
Продукты и услуги ККН
- 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 ККН 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 заключают договор страхования с (другой) страховой медицинской организацией.

	<b>X</b>	<b>X</b>
Ort, Datum Место, дата	Unterschrift des Mitglieds Подпись застрахованного лица	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen в случае необходимости подпись членов семьи

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

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.

Положение о защите персональных данных (ст. 13 Постановления (ЕС) 2016/679): С целью проведения нами оценки семейного страхования необходимо Ваше содействие согласно §§ 10 п. 6, 289 Кодекса социального права, часть V. Собираемые данные необходимы для установления страховых отношений (§§ 10, 284 социального права, часть V, § 7 Закона о страховании фермеров на случай болезни 1989 года, § 25 социального права, часть XI). Добровольно переданные контактные данные будут использоваться только для отправки вопросов, касающихся Ваших страховых отношений.

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

Пожалуйста, отправьте заполненную анкету по адресу: KKH Hauptverwaltung, 30125 Hannover.