

Прізвище, ім'я: Name, Vorname: _____

Страховий номер: Versichertennummer: _____

Анкета для укладання сімейного страхування Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Загальні дані члена страхування Allgemeine Angaben des Mitgliedes

Раніше я був(була) Ich war bisher

застрахований(на) в рамках власного страхового полісу у: _____
Im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei:

застрахований(а) в рамках сімейного страхування у: _____
Im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei:

Без обов'язкового медичного страхування, що вимагається згідно з законом
Nicht gesetzlich krankenversichert

Сімейний стан: Familienstand:

<input type="checkbox"/> неодружений/незаміжня ledig	<input type="checkbox"/> одружений/заміжня verheiratet	<input type="checkbox"/> проживаю окремо getrennt lebend	<input type="checkbox"/> розлучений/розлучена geschieden
<input type="checkbox"/> вдівець/вдова verwitwet	<input type="checkbox"/> Зареєстроване цивільне партнерство відповідно до закону про цивільне партнерство – LPartG правових отношений в гражданском браке – LPartG (у цьому випадку інформацію необхідно вказати в рубриці «Чоловік/дружина») Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (In diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik "Ehegatte" zu machen)		

Причина зарахування до сімейного страхування Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

<input type="checkbox"/> Початок дії мого поліса Beginn meiner Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Народження дитини Geburt des Kindes	<input type="checkbox"/> Шлюб Heirat
<input type="checkbox"/> Завершення терміну дії попереднього страхового поліса члена сім'ї Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen		
<input type="checkbox"/> Інше: Sonstiges: _____		

Початок сімейного страхування: Beginn der Familienversicherung: _____

Вдень зі мною можна зв'язатися за номером телефону: Ich bin tagsüber unter der Telefonnummer zu erreichen: _____

Адреса електронної пошти: E-Mail Adresse: _____

Дані членів сім'ї / Положення про захист персональних даних Angaben zu Familienangehörigen / Datenschutzhinweise

Наведені нижче дані, як правило, необхідні тільки для тих родичів, яких необхідно застрахувати у нас в рамках страхування членів сім'ї. Незалежно від наведеної інформації, нам потрібні окремі дані щодо вашого чоловіка/дружини/цивільного партнера, навіть у тому разі, якщо у нас в рамках сімейного страхування необхідно застрахувати виключно ваших дітей, а ваш чоловік/дружина/цивільний партнер є їх родичем. У цьому випадку, крім загальних даних, потрібна інформація про страхування чоловіка/дружини/цивільного партнера та, — якщо чоловік/дружина/цивільний партнер не застрахований в рамках обов'язкового страхування, що вимагається згідно з законом, — потрібна додаткова інформація про його доходи; при цьому доходи необхідно обов'язково документально підтвердити довідкою про доходи, а доплати, які виплачуються з урахуванням сімейного стану, не потрібно враховувати у відомостях про доходи. Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörige erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu ihrem Ehegatten/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für ihre Kinder durchgeführt werden soll und ihr Ehegatte/Lebenspartner mit diesen verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Зверніть увагу на те, що одночасно оформляти страховий поліс в рамках сімейного страхування в різних страхових медичних організаціях заборонено. Тому перевірте свої дані, щоб не допустити подвійного сімейного страхування. Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Положення про захист персональних даних: (стаття 13 постанови (ЄС) 2016/679): щоб ми могли оцінити сімейне страхування, вимагається Ваше сприяння відповідно до §§ 10 розділ 6, 289 SGB V. Збір даних повинен здійснюватися для визначення умов страхування (§§ 10, 284 SGB V, § 25 SGB XI). Добровільно надані контактні дані використовуються тільки для зворотнього зв'язку з Вами щодо Ваших умов страхування. Ви можете в будь-який час відмовитися від подальшого використання цієї, добровільно наданої інформації. Додаткову інформацію щодо обробки обробки даних та Ваших прав можна знайти на веб-сайті: www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise. **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, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Der Nutzung dieser freiwilligen Angaben können Sie jederzeit für die Zukunft widersprechen. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise.



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Загальна інформація про Ваших членів сім'ї Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Чоловік/дружина Ehegatte	Дитина 1 Kind 1	Дитина 2 Kind 2	Дитина 3 Kind 3
Прізвище* Name*	_____	_____	_____	_____
Якщо власники полісу та родичі мають різні прізвища, відносини сімейного стану необхідно підтвердити один раз відповідними свідоцтвами (наприклад, свідоцтвом про шлюб, свідоцтвом про реєстрацію відносин цивільного шлюбу, свідоцтвом про народження) або, якщо ці документи неможливо пред'явити, іншими відповідними документами (наприклад, довідкою про отримання соціальних виплат на дитину). *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 – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
Ім'я Vorname	_____	_____	_____	_____
Стать Geschlecht (m = чол., w = жін, X = невизначено, d = інша) (m = männlich, w = weiblich, X = unbestimmt, d = divers)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> d
Дата народження Geburtsdatum	_____	_____	_____	_____
Інша адреса якщо відрізняється від головного застрахованого Gegebenenfalls vom Mitglied abweichende Anschrift	_____	_____	_____	_____
Родинний зв'язок дитини до головного застрахованого Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (*Позначення «рідна дитина» також використовується у разі усиновлення/удочеріння.) (*Die Bezeichnung "leibliches Kind" ist auch bei Adoption zu verwenden.)		<input type="checkbox"/> рідна дитина* leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Пасинок/падчерка Stiefkind <input type="checkbox"/> Внук Enkel <input type="checkbox"/> Прийомна дитина Pflegekind	<input type="checkbox"/> рідна дитина* leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Пасинок/падчерка Stiefkind <input type="checkbox"/> Внук Enkel <input type="checkbox"/> Прийомна дитина Pflegekind	<input type="checkbox"/> рідна дитина* leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Пасинок/падчерка Stiefkind <input type="checkbox"/> Внук Enkel <input type="checkbox"/> Прийомна дитина Pflegekind
Чи є чоловік/дружина родичем дитини? Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Будь ласка відмітьте тільки якщо родинний зв'язок відсутній) (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)		<input type="checkbox"/> ні nein	<input type="checkbox"/> ні nein	<input type="checkbox"/> ні nein

Інформація про попередні, вже не чинні та ще досі чинні страхові поліси Ваших членів сім'ї. Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung Ihrer Familienangehörigen

	Чоловік/дружина Ehegatte	Дитина 1 Kind 1	Дитина 2 Kind 2	Дитина 3 Kind 3
Попередній страховий поліс: Die bisherige Versicherung: <ul style="list-style-type: none"> ● завершення термін дії: endete am: ● формлено у: (назва лікарняної каси) bestand bei: (Name der Krankenkasse) 	Дата _____ у _____	Дата _____ у _____	Дата _____ у _____	Дата _____ у _____
Вид попереднього страхування: Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Власник полісу Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Сімейне страхування Familienversicherung <input type="checkbox"/> Без обов. страхування Nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Власник полісу Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Сімейне страхування Familienversicherung <input type="checkbox"/> Без обов. страхування Nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Власник полісу Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Сімейне страхування Familienversicherung <input type="checkbox"/> Без обов. страхування Nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Власник полісу Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Сімейне страхування Familienversicherung <input type="checkbox"/> Без обов. страхування Nicht gesetzlich
Якщо раніше вже було оформлено сімейне страхування вкажіть, прізвище та ім'я особи, на основі полісу якої було оформлено сімейне страхування. Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde.	Ім'я Vorname _____ Прізвище Name _____	Ім'я Vorname _____ Прізвище Name _____	Ім'я Vorname _____ Прізвище Name _____	Ім'я Vorname _____ Прізвище Name _____
Попередній страховий поліс залишається чинним: Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (назва лікарняної каси) (Name der Krankenkasse)	_____	_____	_____	_____



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Інша інформація про Ваших членів сім'ї Sonstige Angaben zu Ihren Familienangehörigen

	Чоловік/дружина Ehegatte	Дитина 1 Kind 1	Дитина 2 Kind 2	Дитина 3 Kind 3
Займається підприємницькою діяльністю Selbstständige Tätigkeit liegt vor Прибуток від підприємницької діяльності (щомісяця) Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Додайте копію поточного повідомлення про встановлення податку на прибуток. Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	<input type="checkbox"/> Так ja _____ євро Euro	<input type="checkbox"/> Так ja _____ євро Euro	<input type="checkbox"/> Так ja _____ євро Euro	<input type="checkbox"/> Так ja _____ євро Euro
Загальна сума заробітної плати від незначної трудової діяльності Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (щомісяця) (monatlich)	_____ євро Euro	_____ євро Euro	_____ євро Euro	_____ євро Euro
Чи отримуєте Ви допомогу з безробіття (II)? Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> Так ja	<input type="checkbox"/> Так ja	<input type="checkbox"/> Так ja	<input type="checkbox"/> Так ja
Пенсія відповідно до закону, соцвиплати, пенсія за рахунок підприємства, закордонна пенсія, інші види пенсії (щомісячна виплата) Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	_____ євро Euro	_____ євро Euro	_____ євро	_____ євро Euro
Інші регулярні щомісячні доходи відповідно до закону про оподаткування прибутку (наприклад, загальна сума заробітної плати від незначної трудової діяльності, дохід від оренди та лізингу, дохід від капітального майна), інші доходи (наприклад, грошова компенсація за втрату робочого місця) Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen), sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	_____ євро Euro Вид доходів Art der Einkünfte	_____ євро Euro Вид доходів Art der Einkünfte	_____ євро Euro Вид доходів Art der Einkünfte	_____ євро Euro Вид доходів Art der Einkünfte
Навчання у школі/вищому навчальному закладі. Schulbesuch/Studium (Для дітей віком від 23 років, додайте актуальну довідку про навчання у школі/студентський квиток) (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen) У разі навчання у вищому навчальному закладі вкажіть назву вищого навчального закладу Bei Studium bitte Name der Hochschule angeben		Від Vom До Bis zum Назва вищого навчального закладу Name der Hochschule	Від Vom До Bis zum Назва вищого навчального закладу Name der Hochschule	Від Vom До Bis zum Назва вищого навчального закладу Name der Hochschule
Служба у збройних силах або передбачена законом добровільна служба Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst додайте свідоцтво про проходження військової служби) (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		Від Vom До Bis zum	Від Vom До Bis zum	Від Vom До Bis zum

Дані щодо присвоєння номера поліса медичного страхування родичам, застрахованим в рамках сімейного страхування Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

	Чоловік/дружина Ehegatte	Дитина 1 Kind 1	Дитина 2 Kind 2	Дитина 3 Kind 3
Власний номер пенсійного страхування (RV-Nr.) Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)	_____	_____	_____	_____
Прізвище при народженні Geburtsname	_____	_____	_____	_____
Місце народження Geburtsort	_____	_____	_____	_____
Країна народження Geburtsland	_____	_____	_____	_____
Національність Staatsangehörigkeit	_____	_____	_____	_____

Я підтверджую правильність даних. Про зміни я негайно повідомлю. Це стосується, зокрема, випадків, коли змінилися доходи моїх згаданих вище родичів (наприклад, нове повідомлення про встановлення податку на прибуток) або вони отримали поліс (іншої) страхової каси. Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. g. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommenssteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Kasse werden.

Населений пункт
Ort

Дата
Datum

Підпис страховальника
Unterschrift des Mitglieds

У разі потреби, підпис члена сім'ї
ggf. Unterschrift der Familienangehörigen



Своїм підписом я засвідчую, що отримав(ла) згоду членів сім'ї на надання необхідних даних.
Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.
Якщо члени сім'ї проживають окремо, достатньо підпису одного члена сім'ї.
Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.