



Kranken-/Pflegeversichertennummer: رقم التأمين الصحي وتأمين الرعاية

KNAPPSCHAFT
Versicherung und Beitrag
45095 Essen

Name, Vorname des Mitglieds لقب العضو واسمه

استمارة التسجيل للتأمين العائلي Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

بيانات عامة عن العضو Allgemeine Angaben des Mitglieds	
التأمين الصحي حتى الآن Bisherige Krankenversicherung Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse عضوية في إحدى مؤسسات التأمين الصحي الحكومية <input type="checkbox"/> Familierversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse تأمين عائلي في إحدى مؤسسات التأمين الصحي الحكومية <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert بدون تأمين صحي حكومي <input type="checkbox"/>	
الحالة العائلية Familienstand Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft seit أقتران مثلي مدني منذ _____ Bitte die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ machen ("زوج") متزوج منذ _____ verheiratet seit منفصل منذ _____ getrennt lebend seit مطلق منذ _____ geschieden seit أرملة منذ _____ verwitwet seit عازب <input type="checkbox"/> ledig	
Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung سبب التسجيل في التأمين العائلي Heirat <input type="checkbox"/> زواج Beginn meiner Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Geburt des Kindes <input type="checkbox"/> ولادة طفل إنهاء العضوية السابقة للقريب المختص <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> غير ذلك: Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen	
Beginn der Familienversicherung der Angehörigen بداية التأمين العائلي للقريب المختص (Bitte das Datum angeben) (يُرجى ذكر التاريخ) _____	
zu erreichen (freiwillige Angabe). بيانات اختيارية Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr. في حالة وجود أي استفسارات يمكن الاتصال بي من خلال الرقم التالي (freiwillige Angabe). بيانات اختيارية Meine E-Mail-Adresse lautet عنواني للبريد الإلكتروني هو	
بيانات بخصوص أفراد الأسرة Angaben zu Familienangehörigen لا يلزم تقديم البيانات التالية إلا لأفراد الأسرة التي يُراد تأمينها من خلال التأمين العائلي. إلا أن هناك استثناء: لأننا نحتاج إلى بعض البيانات المتعلقة بزواجك حتى وإن تم / أو يتم تأمين الأطفال فقط من خلال التأمين العائلي. ففي هذه الحالة يلزم تقديم بيانات عامة تتعلق بتأمين الزوج و - شريطة أن لا يكون له تأمين حكومي وأن يكون على صلة قرابة بالأطفال - بدخله؛ يجب في هذه الحالة إثبات قدر الدخل من خلال إثباتات الدخل، أما العالوات التي يتم دفعها باعتبار الحالة العائلية فيمكن عدم مراعاتها في البيانات المتعلقة بالدخل. ننبهكم إلى أنه لا يجوز من حيث القانون إبرام عقد تأمين عائلي في مؤسسات تأمين صحي متعددة في نفس الوقت. فالمرجو أن تتأكد عند تقديم البيانات من أنه لا يوجد تأمينان عائليان.	

بيانات عامة حول أفراد العائلة				
Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen				
Kind طفل	Kind طفل	Kind طفل	Ehegatte زوج	
اللقب Name				
إن اختلف لقب زوجك أو أطفالك عن لقبك أنت فالمرجو إرفاق وثيقة زواج أو إثبات نَسَب إن لم يتم تقديم تلك الوثائق من قبل. ولا يلزم تقديم تلك الوثائق فيما يتعلق بالألقاب المركبة أو باختلافات في آخر اللقب فحسب. Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben. Dies gilt nicht bei Doppelnamen oder unterschiedlichen Endungen.				
الاسم Vorname				
(x) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/>	(x) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/>	(x) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/>	(x) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/>	الجنس (m) مذكر، w مؤنث، x غير محدد Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt)
تاريخ الميلاد Geburtsdatum				
العنوان إذا اختلف عن عنوانك ggf. abweichende Anschrift				
leibliches Kind* <input type="checkbox"/> طفله الحقيقي * <input type="checkbox"/> ابن الزوج أو الزوجة من شريك Stiefkind <input type="checkbox"/> آخر Enkel <input type="checkbox"/> حفيد/ة Pflegekind <input type="checkbox"/> طفله للرعاية	leibliches Kind* <input type="checkbox"/> طفله الحقيقي * <input type="checkbox"/> ابن الزوج أو الزوجة من شريك Stiefkind <input type="checkbox"/> آخر Enkel <input type="checkbox"/> حفيد/ة Pflegekind <input type="checkbox"/> طفله للرعاية	leibliches Kind* <input type="checkbox"/> طفله الحقيقي * <input type="checkbox"/> ابن الزوج أو الزوجة من شريك Stiefkind <input type="checkbox"/> آخر Enkel <input type="checkbox"/> حفيد/ة Pflegekind <input type="checkbox"/> طفله للرعاية	علاقة القرابة بالطفل Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind	
* يشمل "الطفل الحقيقي" الأطفال بالتبني أيضا. "Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.				
لا <input type="checkbox"/> Nein	لا <input type="checkbox"/> Nein	لا <input type="checkbox"/> Nein	هل للزوج صلة قرابة بالطفل؟ (ضع علامة فقط إن لم تكن له صلة قرابة بالطفل) Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	
بيانات تتعلق بآخر تأمين سابق أو بالتأمين الحالي لأفراد الأسرة				
Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
Kind طفل	Kind طفل	Kind طفل	Ehegatte زوج	
Die bisherige Versicherung عقد التأمين الأخير • endete am: انقضى في: • bestand bei: تم إبرامه مع: (اسم مؤسسة التأمين) (Name der Krankenkasse)				
Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> عضوية Familienversicherung <input type="checkbox"/> تأمين عائلي nicht gesetzlich <input type="checkbox"/> غير حكومي	Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> عضوية Familienversicherung <input type="checkbox"/> تأمين عائلي nicht gesetzlich <input type="checkbox"/> غير حكومي	Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> عضوية Familienversicherung <input type="checkbox"/> تأمين عائلي nicht gesetzlich <input type="checkbox"/> غير حكومي	Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> عضوية Familienversicherung <input type="checkbox"/> تأمين عائلي nicht gesetzlich <input type="checkbox"/> غير حكومي	نوع التأمين إلى الآن: Art der bisherigen Versicherung:
(Vorname) (الاسم) (Name) (اللقب)	(Vorname) (الاسم) (Name) (اللقب)	(Vorname) (الاسم) (Name) (اللقب)	(Vorname) (الاسم) (Name) (اللقب)	في حالة أن كان التأمين الأخير تأميننا عائليا فيرجى ذكر الاسم واللقب للشخص الذي أستفيد التأمين العائلي من تأمينه Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde
			Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung) التأمين الحالي ما زال قائما في المؤسسة التالية: (اسم مؤسسة التأمين أو التأمين)	
البيانات المتعلقة بأفراد الأسرة				
Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
Kind طفل	Kind طفل	Kind طفل	Ehegatte زوج	Selbstständige Tätigkeit liegt vor
Ja <input type="checkbox"/> نعم	Ja <input type="checkbox"/> نعم	Ja <input type="checkbox"/> نعم	Ja <input type="checkbox"/> نعم	يعمل/تعمل عملا مستقلا
_____ يورو	_____ يورو	_____ يورو	_____ يورو	الكسب من العمل المستقل Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) (شهريا)
يرجى إرفاق صورة من إعلام ضرائب الدخل. Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.				
EUR _____ يورو	EUR _____ يورو	EUR _____ يورو	EUR _____ يورو	الأجر الإجمالي من العمل ضئيل Bruttoarbeitsentgelt aus gering الحجم (شهريا)

بيانات عامة حول أفراد العائلة				
Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
Kind طفل	Kind طفل	Kind طفل	Ehegatte زوج	
EUR يورو _____ (نوع الدخل) (Art der Einkünfte)	EUR يورو _____ (نوع الدخل) (Art der Einkünfte)	EUR يورو _____ (نوع الدخل) (Art der Einkünfte)	EUR يورو _____ (نوع الدخل) (Art der Einkünfte)	المعاش القانوني، استحقاقات المعاش، معاش مهني، معاش من الخارج، معاشات أخرى (المبلغ الشهري) Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)
EUR يورو _____ (نوع الدخل) (Art der Einkünfte)	EUR يورو _____ (نوع الدخل) (Art der Einkünfte)	EUR يورو _____ (نوع الدخل) (Art der Einkünfte)	EUR يورو _____ (نوع الدخل) (Art der Einkünfte)	الأجر الإجمالي من العمل غير ضئيل الحجم (المعدل الشهري) Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung (durchschnittlich monatlich)
EUR يورو _____ (نوع الدخل) (Art der Einkünfte)	EUR يورو _____ (نوع الدخل) (Art der Einkünfte)	EUR يورو _____ (نوع الدخل) (Art der Einkünfte)	EUR يورو _____ (نوع الدخل) (Art der Einkünfte)	دخول شهرية منتظمة أخرى وفق قانون ضرائب الدخل (مثلا: إيرادات الإيجار والتأجير، عوائد الأصول الرأسمالية) Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)
_____ من _____ إلى _____ bis	_____ vom _____ bis	_____ vom _____ bis	_____ vom _____ bis	دراسة مدرسية / جامعية (إذا زاد عمر الأطفال على 23 سنة فالمرجو إرفاق شهادة القيد الدراسي). Schulbesuch / Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.)
_____ من _____ إلى _____ bis	_____ vom _____ bis	_____ vom _____ bis	_____ vom _____ bis	الخدمة العسكرية / المدنية / التطوعية المنظمة قانونيا Wehr- / Zivil- / gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)
بيانات أخرى متعلقة بأفراد الأسرة				
Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
Kind طفل	Kind طفل	Kind طفل	Ehegatte زوج	
				رقم تأمين معاش التقاعد Rentenversicherungsnummer
				اسم العائلة بالولادة Geburtsname
				مكان / بلد الولادة Geburtsort / Geburtsland
				الجنسية Staatsangehörigkeit

أؤكد أن كل البيانات التي قدمتها مطابقة للواقع. وسأخبركم بجميع التغييرات الطارئة، خاصة فيما يتعلق بدخول أفراد أسرتي المذكورين أعلاه (مثلا: وجود إعلام

ضرائب دخل جديد لمن يعمل مستقلا) أو إذا سجل أحدهم في مؤسسة تأمين (أخرى).
Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner oben angegebenen Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

توقيع القريب المختص (إن وُجد)
ggf. Unterschrift des Familienangehörigen
إن كان القريب المختص يعيش منفصلا فتوقيعه هو كافٍ.
Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

توقيع العضو
Unterschrift des Mitglieds
تاريخ
Ort, Datum
أؤكد بتوقيعي هذا أن أفراد أسرتي المختصين قد وافقوا على أن أدلي ببياناتهم المطلوبة.
Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

تنبيه بخصوص حماية البيانات (المادة 67a فقرة 3 لقانون الشؤون الاجتماعية رقم X): لكي ننظر في مشروعية التأمين العائلي لا بد أن تساعدنا بالإدلاء بالبيانات المطلوبة وفق المادة 10 فقرة 6 والمادة 289 لقانون الشؤون الاجتماعية. يلزم جمع تلك البيانات للتأكد من الوضع التأميني (المواد 10 و 284 لقانون الشؤون الاجتماعية رقم V، و 25 لقانون الشؤون الاجتماعية رقم X).
Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): 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.