

KNAPPSCHAFT
Fachzentrum für Versicherung und Beitrag
45095 Essen

Прізвище, ім'я застрахованої особи:

Номер поліса медичного страхування/страхування догляду:

Анкета для реєстрації запису в програмі сімейного страхування

Загальні відомості про учасницю/учасника програми страхування		
Попередній договір медичного страхування		
<input type="checkbox"/> договір страхування з державною лікарняною касою _____	(назва та адреса лікарняної каси (Krankenkasse))	
<input type="checkbox"/> договір сімейного страхування з державною лікарняною касою		
<input type="checkbox"/> не беру участі в державній програмі медичного страхування		
Сімейний стан		
<input type="checkbox"/> заміжня/одружений з (дата) _____	<input type="checkbox"/> у шлюбі, але проживаємо окремо з (дата) _____	
<input type="checkbox"/> у шлюбі не перебувала/-в		
<input type="checkbox"/> розлучена/-ий з (дата) _____	<input type="checkbox"/> вдова/вдівець з (дата) _____	
<input type="checkbox"/> у зареєстрованому одностатевому партнерстві з (дата) _____	(Просимо зазначити відповідну інформацію в графі «Подружній партнер/партнерка»)	
Причина для реєстрації запису в програмі сімейного страхування		
<input type="checkbox"/> моє долучення до членства	<input type="checkbox"/> народження дитини	<input type="checkbox"/> одруження
<input type="checkbox"/> припинення попереднього членства членкині/члена родини	<input type="checkbox"/> інше: _____	
Залучення членкині/члена родини до програми сімейного страхування _____ (дата)		
У разі виникнення додаткових запитань зв'язатися зі мною можна за номером телефону _____ (заповнюється за бажанням).		
Адреса моєї електронної пошти: _____ (заповнюється за бажанням).		
Інформація про склад сім'ї		
Надавайте інформацію у наступних полях тільки щодо тих членкинь і членів вашої родини, яких збираєтеся долучати до своєї програми сімейного страхування. Проте, якщо до програми долучається саме дитина, будуть необхідні також певні відомості стосовно вашого подружнього партнера чи партнерки. У цьому разі окрім загальної інформації потрібні будуть дані щодо програми страхування вашого подружнього партнера чи партнерки, а якщо він або вона не беруть участі в системі державного страхування та є рідними дитині (чи дітям) — дані про його або її доходи.		
Просимо враховувати, що законодавством забороняється одночасно укладати договори сімейного страхування із декількома різними лікарняними касами.		
Переконайтеся, що можливість подвійного сімейного страхування виключена.		

Загальна інформація про членкинь і членів родини				
	Подружній партнер/партнерка	Дитина	Дитина	Дитина
Прізвище				
Якщо ви та членкині/члени вашої родини маєте різні прізвища, обов'язково прикладіть до цієї заяви (якщо не надавали раніше) документи, які підтверджують ваші родинні зв'язки (наприклад, свідоцтво про шлюб/реєстрацію одностатевого партнерства, свідоцтво про народження дитини), або в разі їх відсутності — інші релевантні довідки (наприклад, рішення про призначення допомоги на дитину).				
Ім'я				
Стать (ч = чоловіча, ж = жіноча, х = невизначена, ін. = інша)	<input type="checkbox"/> (ч) <input type="checkbox"/> (ж) <input type="checkbox"/> (х) <input type="checkbox"/> (ін.)	<input type="checkbox"/> (ч) <input type="checkbox"/> (ж) <input type="checkbox"/> (х) <input type="checkbox"/> (ін.)	<input type="checkbox"/> (ч) <input type="checkbox"/> (ж) <input type="checkbox"/> (х) <input type="checkbox"/> (ін.)	<input type="checkbox"/> (ч) <input type="checkbox"/> (ж) <input type="checkbox"/> (х) <input type="checkbox"/> (ін.)
Дата народження				
Адреса (якщо відрізняється)				
Сімейні відносини між учасницею/учасником і дитиною		<input type="checkbox"/> рідна дитина * <input type="checkbox"/> падчерка/пасинок <input type="checkbox"/> онука/онук <input type="checkbox"/> дитина під опікою чи піклуванням	<input type="checkbox"/> рідна дитина * <input type="checkbox"/> падчерка/пасинок <input type="checkbox"/> онука/онук <input type="checkbox"/> дитина під опікою чи піклуванням	<input type="checkbox"/> рідна дитина * <input type="checkbox"/> падчерка/пасинок <input type="checkbox"/> онука/онук <input type="checkbox"/> дитина під опікою чи піклуванням
* Поняття «рідна дитина» використовується також для відносин усиновлення.				
Чи існує спорідненість подружнього партнера/партнерки з дитиною? (Помітка ставиться тільки за відсутності родинних відносин)	_____	<input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> ні
Інформація щодо попереднього або чинного договору страхування членкинь і членів родини				
	Подружній партнер/партнерка	Дитина	Дитина	Дитина
Попередній договір страхування • припинений (дата): • укладався з: (назва лікарняної каси)	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Вид попередніх страхових відносин:	<input type="checkbox"/> учасниця/учасник <input type="checkbox"/> сімейне страхування <input type="checkbox"/> недержавна програма	<input type="checkbox"/> учасниця/учасник <input type="checkbox"/> сімейне страхування <input type="checkbox"/> недержавна програма	<input type="checkbox"/> учасниця/учасник <input type="checkbox"/> сімейне страхування <input type="checkbox"/> недержавна програма	<input type="checkbox"/> учасниця/учасник <input type="checkbox"/> сімейне страхування <input type="checkbox"/> недержавна програма
Якщо попередньо існував договір сімейного страхування, вкажіть прізвище та ім'я особи, з якою безпосередньо членства которого был заключен договор укладався первинний договір	_____ (ім'я) _____ (прізвище)	_____ (ім'я) _____ (прізвище)	_____ (ім'я) _____ (прізвище)	_____ (ім'я) _____ (прізвище)
Попередній договір страхування залишається чинним із: (назва лікарняної каси/системи медичного страхування)	_____	_____	_____	_____
Інша інформація про членкинь і членів родини				
	Подружній партнер/партнерка	Дитина	Дитина	Дитина
Самозайнята особа	<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> так
Щомісячний дохід самозайнятої особи	_____ євро	_____ євро	_____ євро	_____ євро
Додайте копію дійсного податкового повідомлення-рішення про нарахований податок на прибуток (Einkommensteuerbescheid).				
Розмір щомісячної заробітної плати (брутто) в разі незначної зайнятості	_____ євро	_____ євро	_____ євро	_____ євро

Інша інформація про членкинь і членів родини				
	Подружній партнер/партнерка	Дитина	Дитина	Дитина
Розмір державної пенсії, грошового забезпечення, пенсії за рахунок підприємства, іншої держави, інших видів пенсійних виплат (за один місяць)	_____ євро	_____ євро	_____ євро	_____ євро
	(вид надходження)	(вид надходження)	(вид надходження)	(вид надходження)
	_____ євро	_____ євро	_____ євро	_____ євро
	(вид надходження)	(вид надходження)	(вид надходження)	(вид надходження)
Розмір заробітної плати (брутто), яка перевищує «незначний розмір» (у середньому за один місяць)	_____ євро	_____ євро	_____ євро	_____ євро
Інші регулярні щомісячні надходження згідно з податковим законодавством щодо податку на прибуток (наприклад, надходження від оренди та найму, операцій з капіталом), а також будь-які інші надходження (наприклад, вихідна допомога при звільненні)	_____ євро	_____ євро	_____ євро	_____ євро
	(вид надходження)	(вид надходження)	(вид надходження)	(вид надходження)
	_____ євро	_____ євро	_____ євро	_____ євро
	(вид надходження)	(вид надходження)	(вид надходження)	(вид надходження)
Здобуття середньої/вищої освіти (Для дітей старше 23 років обов'язково надайте довідку про навчання, видану відповідним навчальним закладом)	_____	_____ з (дата) _____ до (дата)	_____ з (дата) _____ до (дата)	_____ з (дата) _____ до (дата)
Проходження строкової військової/альтернативної цивільної/ волонтерської служби відповідно до законодавства (Надайте відповідну довідку-підтвердження)	_____	_____ з (дата) _____ до (дата)	_____ з (дата) _____ до (дата)	_____ з (дата) _____ до (дата)
Інша інформація про членкинь і членів родини				
	Подружній партнер/партнерка	Дитина	Дитина	Дитина
Номер пенсійного страхування				
Уроджене прізвище				
Місце та країна народження				
Громадянство				

Prüfung des besonderen Versicherungsausschlusses nach § 10 Absatz 3 SGB V

Перевірка спеціального виключення зі страхування
згідно зі ст. 10 абзац 3 Соціального Кодексу Німеччини, розділ V (SGB)

Angaben zum Ehe-/ Lebenspartner

Інформація про дружину/супутника життя

Vorname: _____
ім'я

Name: _____
Прізвище

Geburtsdatum: _____
Дата народження

Die Angaben sind für die Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung erforderlich.

Інформація необхідна для перевірки вимог до сімейного страхування.

Beruf: _____
професія

Monatliches Einkommen in der Ukraine: _____ Гривня | UHA
Місячний дохід в Україні | Гривня (1 UHA = 0,031 Euro).

Entsprechende Einkommensnachweise sind beizufügen.

Können diese nicht vorgelegt werden, sind die hierfür maßgeblichen konkreten Gründe anzugeben.

Необхідно додати відповідне підтвердження доходу. Якщо їх неможливо подати,
необхідно вказати відповідні конкретні причини.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben. Sofern keine Einkommensnachweise vorgelegt werden können, bestätige ich mit meiner Unterschrift an Eidesstatt, dass die Angaben den Tatsachen entsprechen.

Своїм підписом підтверджую достовірність зазначеної вище інформації. Якщо докази доходу не надаються, я своїм підписом під присягою засвідчую, що інформація відповідає фактам.

Gründe für die fehlende Möglichkeit zur Vorlage von Einkommensnachweisen des Ehepartners.

Причини неможливості подати довідку про доходи від подружжя

Підтверджую правильність наданої мною інформації. Зобов'язуюся негайно повідомити про будь-які зміни. Зокрема це стосується змін в обсязі доходів вищезазначених членкинь/членів родини (наприклад, оновлене податкове повідомлення-рішення про нарахований податок на прибуток у разі провадження самостійної господарської діяльності) або їхньої участі в (інших) програмах медичного страхування.

Місце, дата

Підпис учасниці/учасника

Підпис членкині/члена родини
(необхідний за певних обставин)

Своїм підписом я підтверджую згоду членкинь/членів родини на надання
необхідної інформації.

Якщо членкиня/член родини проживає окремо, для
підтвердження достатньо її або його підпису.

Вказівки щодо захисту інформації (ст. 13 Регламенту Парламенту і Ради Європейського союзу 2016/679). Розгляд вашої заяви на реєстрацію запису в програмі сімейного страхування можливий тільки за вашого сприяння відповідно до ч. 6 § 10 і § 289 Тому V Соціального кодексу ФРН (SGB, Німеччина). Інформація збирається й опрацьовується з метою встановлення страхових відносин (§§ 10 і 284 Тому V в поєднанні з § 25 Тому XI того ж Кодексу). Загальні положення щодо обробки персональних даних й інформація щодо ваших прав викладені за посиланням: www.knappschaft.de/datenschutz. Добровільно надані контактні дані будуть використовуватися виключно з питань, пов'язаних із умовами вашого страхування.