





Vorname, Name:  
Ім'я, прізвище:

KV-Nr.:  
Номер медичного страхування:

	Berufliche Situation зайнятість	Ehegatte чоловік/дружина	Kind дитина	Kind дитина	Kind дитина
S	Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrecht (z. B. gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) Інші регулярні доходи у розумінні законодавства про податок на прибуток (наприклад, пенсія, виплати, корпоративна пенсія, іноземна пенсія, інші пенсії, дохід від оренди та лізингу, дохід від основних засобів, компенсація за втрату роботи)	<input type="checkbox"/> nein/ні <input type="checkbox"/> ja/так Art/вид: _____ brutto monatlich: місячний дохід брутто: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] ,00 € євро seit/3 [M][M][J][J][J][J]	<input type="checkbox"/> nein/ні <input type="checkbox"/> ja/так Art/вид: _____ brutto monatlich: місячний дохід брутто: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] ,00 € євро seit/3 [M][M][J][J][J][J]	<input type="checkbox"/> nein/ні <input type="checkbox"/> ja/так Art/вид: _____ brutto monatlich: місячний дохід брутто: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] ,00 € євро seit/3 [M][M][J][J][J][J]	<input type="checkbox"/> nein/ні <input type="checkbox"/> ja/так Art/вид: _____ brutto monatlich: місячний дохід брутто: [ ][ ][ ][ ][ ][ ] ,00 € євро seit/3 [M][M][J][J][J][J]
T	Die bisherige Versicherung besteht weiter bei/Діє попереднє страхування у: _____	_____	_____	_____	_____
U	Art der bisherigen Versicherung Тип попереднього страхування * Vor- und Nachname der Person, über dessen Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde./ * Ім'я та прізвище особи, від членства якої було отримано сімейне страхування.	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied обов'язковий член <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied добровільний член <input type="checkbox"/> Familienversicherung* сімейне страхування* <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich недержавне страхування Name прізвище _____ Vorname ім'я _____	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied обов'язковий член <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied добровільний член <input type="checkbox"/> Familienversicherung* сімейне страхування* <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich недержавне страхування Name прізвище _____ Vorname ім'я _____	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied обов'язковий член <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied добровільний член <input type="checkbox"/> Familienversicherung* сімейне страхування* <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich недержавне страхування Name прізвище _____ Vorname ім'я _____	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied обов'язковий член <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied добровільний член <input type="checkbox"/> Familienversicherung* сімейне страхування* <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich недержавне страхування Name прізвище _____ Vorname ім'я _____
V	Rentenversicherung-Nr. Номер пенсійного страхування				
<b>Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde. Наведена нижче інформація потрібна лише в тому випадку, якщо номер пенсійного страхування ще не присвоєно.</b>					
	Geburtsname Прізвище при народженні				
	Geburtsort/Geburtsland Місце народження/країна народження				
	Staatsangehörigkeit Громадянство				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über künftige Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Dies gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. g. Familienangehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid, Aufnahme einer Beschäftigung) oder einer dieser Angehörigen Mitglied einer (anderen) Krankenkasse wird. Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen kann die Unterschrift wahlweise vom Mitglied oder von diesen Familienangehörigen abgegeben werden. Kinder sind erst ab dem 15. Lebensjahr zur Unterschrift berechtigt.

Я підтверджую вірність інформації. Я негайно повідомлю вас про майбутні зміни. Це стосується, зокрема, якщо доходи мого вищезгаданого члена сім'ї змінилися (наприклад, нове повідомлення про податок на прибуток, прийняття на роботу) або один із цих членів сім'ї став членом (іншої) лікарняної каси. Своїм підписом я заявляю, що отримав згоду членів сім'ї на надання необхідних даних. Якщо члени сім'ї проживають окремо, підпис може бути поставлений як самим членом, так і його членами сім'ї. Діти мають право підписуватися лише з 15 років.

[T][T][M][M][J][J][J][J]

Datum/Дата

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Mitgliedes/ Підпис члена

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Familienangehörigen/Підпис члена сім'ї

**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 der Versicherungsverhältnisse (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

**Повідомлення про захист даних (стаття 13 Регламенту (ЄС) 2016/679):**

Für das, um die Familienversicherung beurteilen zu können, ist Ihre Mitarbeit nach §§ 10 Abs. 6, 289 Sozialgesetzbuch (SGB) V erforderlich. Die Daten werden zur Feststellung der Versicherungsverhältnisse (§§ 10, 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 7 Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG) 1989, § 25 Sozialgesetzbuch (SGB) XI) erhoben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

## AUSFÜLLHILFE ZUM FRAGEBOGEN ZUR FAMILIENVERSICHERUNG ДОПОМОГА ПО ЗАПОВНЕННЮ АНКЕТИ ПРО СІМЕЙНЕ СТРАХУВАННЯ

Im Folgenden finden Sie Informationen und Erläuterungen zum Ausfüllen des Fragebogens.

Нижче ви знайдете інформацію та пояснення щодо заповнення анкети.

<b>A</b>	<p>Sind Sie verheiratet oder leben in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, füllen Sie bitte das Datumfeld aus und ergänzen die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“. Auch bei getrennt lebenden Ehegatten sind die Angaben zum Partner unter der Rubrik „Ehegatte“ erforderlich.</p> <p>Якщо ви перебуваєте у шлюбі або у зареєстрованому цивільному партнерстві, будь ласка, заповніть поле дати та заповніть інформацію у секції “чоловік/дружина”. Якщо подружжя проживає окремо, у секції “чоловік/дружина” також потрібно надати дані про партнера.</p>
<b>B</b>	<p>Sind Sie geschieden, tragen Sie bitte den Tag der Scheidung (Rechtskraftvermerk laut Scheidungsurteil) ein. Sind Sie verwitwet, tragen Sie bitte hier den Todestag des Ehegatten ein. Bitte ergänzen Sie bis zu diesem Datum die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“.</p> <p>Якщо ви розлучені, вкажіть дату розлучення (повідомлення про набуття чинності відповідно до постанови про розірвання шлюбу). Якщо ви овдовіли, вкажіть тут дату смерті вашого/ї чоловіка/дружини. Будь ласка, заповніть інформацію секції “чоловік/дружина” до цієї дати.</p>
<b>C</b>	<p>Ist Ihr Ehegatte nicht in einer gesetzlichen Krankenkasse oder privat versichert, benötigen wir von Ihrem Ehegatten folgende Einkommensnachweise:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit: Kopie des aktuellsten Einkommensteuerbescheides.</li><li>b) Beschäftigung als Arbeitnehmer oder Beamter: Kopie der letzten Gehalts- bzw. Bezügeabrechnung und für Dezember des jeweiligen Prüfjahres als Nachweis des Entgelts und der Familienzuschläge, Lohnsteuerbescheinigung oder den aktuellsten Einkommensteuerbescheid.</li></ul> <p>Für Ihre Kinder ist die kostenlose Familienversicherung grundsätzlich möglich, wenn die Einnahmen Ihres Ehegatten nach Abzug der ggf. vorhandenen Familienzuschläge unter der aktuellen Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen oder Sie als Mitglied im Monat mehr Einnahmen erzielen als Ihr Ehegatte. <b>Jahresarbeitsentgeltgrenze 2022: 64.350,00 Euro, monatlich 5.362,50 €</b></p> <p>Якщо у вашого/ї чоловіка/дружини немає державного або приватного медичного страхування, нам знадобиться наступне підтвердження доходу від вашого/ї чоловіка/дружини: а) підтвердження самозайнятості або позаштатної роботи: копія останньої податкової декларації. б) підтвердження зайнятості як найманий працівник або державний службовець: копія останньої розрахункової відомості про зарплату або розрахункова відомість за грудень відповідного аудиторського року як доказ заробітної плати та сімейної допомоги, довідки про сплату податку на заробітну плату або останньої оцінки податку на прибуток. Безплатне сімейне страхування можливе для ваших дітей, якщо дохід вашого чоловіка (дружини) після вирахування будь-яких виплат на сім'ю нижче поточної межі річного доходу або якщо ви як член заробляєте більше місячного доходу, ніж ваш чоловік (дружина). <b>Граничний річний дохід у 2022 році: 64 350,00 євро, 5 362,50 євро на місяць.</b></p>
<b>D</b>	<p>Die Angaben der Telefonnummer bzw. zur E-Mail-Adresse sind freiwillig. Sie ermöglichen uns damit, wichtige Fragen direkt und unbürokratisch mit Ihnen zu klären.</p> <p>Вказування номеру телефону або адреси електронної пошти є добровільним. Це дозволяє нам безпосередньо і без бюрократичної тяганини з'ясувати з вами важливі питання.</p>
<b>F</b>	<p>Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen tragen und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.</p> <p>Будь ласка, додайте свідоцтво про шлюб або підтвердження батьківства, якщо ваш чоловік/дружина/партнер або діти мають інше прізвище, і ви ще не подали ці документи.</p>
<b>J</b>	<p>Ein Angehöriger lebt nicht in Ihrem Haushalt oder im Ausland? Dann geben Sie uns bitte den jeweiligen Wohnort an.</p> <p>Родич проживає не у вашій родині чи за кордоном? Тоді, будь ласка, повідомте нам його місце проживання.</p>
<b>K</b>	<p>Bitte geben Sie hier bei nicht <b>leiblichen Kindern</b> das Verwandtschaftsverhältnis an, in dem das Kind zu Ihnen steht (z. B. Enkel-, Stief-, Pflegekind).</p> <p>У випадку <b>небіологічних дітей</b>, будь ласка, вкажіть родинні стосунки, в яких дитина перебуває з вами (наприклад, онук/онучка, пасинок/падчерка, прийомна дитина).</p>
<b>M</b>	<p>Bei Kindern <b>ab 23 Jahren</b>, die sich in der Schulausbildung befinden oder ein Studium ausüben, fügen Sie bitte eine Kopie der Schul- oder Studienbescheinigung bei.</p> <p>Для дітей <b>старше 23 років</b>, які навчаються в школі або іншій установі, додайте копію довідки про навчання.</p>
<b>N</b>	<p>Fügen Sie bitte einen Nachweis bei, wenn Ihr Kind Wehr- oder gesetzlich geregelten Freiwilligendienst geleistet hat.</p> <p>Будь ласка, додайте доказ, якщо ваша дитина проходила військову або передбачену законом добровільну службу.</p>

## AUSFÜLLHILFE ZUM FRAGEBOGEN ZUR FAMILIENVERSICHERUNG ДОПОМОГА ПО ЗАПОВНЕННЮ АНКЕТИ ПРО СІМЕЙНЕ СТРАХУВАННЯ

Im Folgenden finden Sie Informationen und Erläuterungen zum Ausfüllen des Fragebogens.

Нижче ви знайдете інформацію та пояснення щодо заповнення анкети.

<b>O</b>	<p>Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn das monatliche Bruttoarbeitsentgelt <b>nicht mehr als 450,00 €</b> beträgt. Sollte einer Ihrer Angehörigen eine geringfügige Beschäftigung ausüben, so tragen Sie hier bitte das Bruttoarbeitsentgelt sowie den Zeitraum ein. Werden mehrere geringfügige Beschäftigungen ausgeübt, so nehmen Sie die Angaben bitte auf der Rückseite des Fragebogens vor. Übersenden Sie uns bitte zusätzlich die aktuellen Gehaltsabrechnungen in Kopie.</p> <p>Граничною зайнятістю вважається зайнятість, коли місячна заробітна плата брутто <b>не перевищує 450,00 євро</b>. Якщо один із ваших родичів має граничну зайнятість, вкажіть тут зарплату брутто та період. Якщо у вас є кілька граничних робіт, будь ласка, вкажіть інформацію на звороті анкети. Будь ласка, надішліть нам копії поточних відомостей про заробітну плату.</p>
<b>P</b>	<p>Einer Ihrer Angehörigen übt ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis aus? Dann tragen Sie hier bitte das Bruttoarbeitsentgelt sowie den Zeitraum ein. Werden mehrere versicherungspflichtige Beschäftigungen ausgeübt, so nehmen Sie die Angaben bitte auf der Rückseite des Fragebogens vor.</p> <p>Чи є у когось із ваших родичів трудові відносини, які підлягають обов'язковому страхуванню? У такому випадку, будь ласка, надайте інформацію про зарплату брутто та період. Якщо вони мають декілька робіт, які підлягають обов'язковому страхуванню, будь ласка, вкажіть інформацію на звороті анкети.</p>
<b>Q</b>	<p>Bezieht Ihr Angehöriger Arbeitslosengeld II? Dann teilen Sie uns dies im Fragebogen mit und fügen Sie eine Kopie des aktuellen Bewilligungsbescheides vom Jobcenter ein.</p> <p>Чи отримує член вашої сім'ї допомогу по безробіттю II? У такому випадку повідомте нам про це в анкеті та додайте копію поточного повідомлення про затвердження з центру зайнятості.</p>
<b>R</b>	<p>Einer Ihrer Angehörigen übt eine selbstständige Tätigkeit aus? Dann tragen Sie hier bitte die Summe des Gewinns sowie den Zeitraum ein und fügen eine Kopie des aktuellsten vorliegenden Einkommensteuerbescheides bei. Werden mehrere selbstständige Tätigkeiten ausgeübt, so nehmen Sie die Angaben bitte auf der Rückseite des Fragebogens vor.</p> <p><b>Gesamteinkommensgrenze monatlich: 470,00 €</b></p> <p>Хтось із ваших родичів є самозайнятою особою? У такому випадку, будь ласка, вкажіть суму прибутку та період та додайте копію останнього нарахування податку на прибуток. Якщо родич має декілька робіт на основі самозайнятості, будь ласка, надайте інформацію на звороті анкети. Загальний місячний ліміт доходу: <b>470,00 євро</b>.</p>
<b>S</b>	<p>Bezieht einer Ihrer Angehörigen sonstige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Rente, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen), tragen Sie hier bitte das Bruttoeinkommen sowie die Art des Einkommens ein und fügen den aktuellsten vorliegenden Einkommensteuerbescheid in Kopie bei. Bei Renten und Versorgungsbezügen (Betriebsrenten) ist der Zahlbetrag anzugeben und eine Kopie des aktuellsten Bescheides beizufügen. Werden mehrere der genannten Einkünfte bezogen, so nehmen Sie die Angaben bitte auf der Rückseite des Fragebogens vor. <b>Gesamteinkommensgrenze monatlich: 470,00 €</b></p> <p>Якщо хтось із ваших родичів отримує інші доходи відповідно до законодавства про податок на прибуток (наприклад, пенсію, дохід від оренди та лізингу, дохід від основних засобів), вкажіть тут дохід брутто та вид доходу та додайте копію останнього повідомлення про нарахування податку на прибуток. У разі пенсій та допомоги (корпоративна пенсія) необхідно вказати суму виплати та додати копію останнього повідомлення. Якщо ви отримуєте більше одного із зазначених доходів, будь ласка, надайте інформацію на звороті анкети. Загальний місячний ліміт доходу: <b>470,00 євро</b></p>