

Заповнює тільки mhplus (номер посередника / прізвище, ім'я співробітника): **(Nur durch mhplus zu befüllen (Vermittlernummer/Name, Vorname Mitarbeiter):**

Я хочу укласти договір, що буде діяти з (Ich möchte ab dem) обов'язкового страхування (Pflichtmitglied) добровільного страхування з mhplus. (freiwilliges Mitglied der mhplus werden.) номер посередника (Vermittlernummer)

Мої дані (Meine Daten)

прізвище (Name) ім'я (Vorname)
вулиця (Straße) номер будинку (Hausnummer)
поштовий пункт (PLZ) (Ort)
Індекс (Nationalität) федеральна земля (Bundesland)
громадянство (Telefon) адреса електронної пошти (E-Mail) (вказується за бажанням) (freiwillige Angabe)
телефон
сімейний стан (Familienstand) СТАТЬ жіноча (w) чоловіча (m) інша (d) невизначено (x)
(Geschlecht) (weiblich (w)) (männlich (m)) (divers (d)) (unbestimmt (x))

номер соціального страхування (Sozialversicherungsnummer)

У мене ще немає номера соціального страхування. Будь ласка, замовте його для мене з такими даними:
(Ich habe noch keine Sozialversicherungsnummer. Bitte beantragen Sie diese für mich mit den folgenden Angaben:)

дата народження (Geburtsdatum) ім'я при народженні (Geburtsname)
місце народження (Geburtsort) країна народження (Geburtsland)

мій номер платника податків (Meine Steuer-ID)

(ви можете знайти його у своїй податковій декларації) ((Diese finden Sie auf Ihrem Steuerbescheid.))

Причина членства (Anlass der Mitgliedschaft)

Мої умови страхування змінилися. (Mein Versicherungsverhältnis hat sich geändert.)
(Наприклад, зміна роботодавця)(z. B. Wechsel des Arbeitgebers)

Моя попередня медична страхова компанія збільшила ставку додаткового внеску.
(Meine bisherige Kasse hat den Zusatzbeitragssatz erhöht.)

Я вперше влаштовуюся на роботу в Німеччині.
(Ich nehme erstmals eine Beschäftigung in Deutschland auf.)

Мої умови страхування не змінювалися більше 12 місяців.(Зміна медичної страхової компанії без зміни умов страхування)

(Mein Versicherungsverhältnis ist seit mehr als 12 Monaten unverändert.(Kassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis))

Я вперше страхуюся в системі обов'язкового медичного страхування.

(Ich versichere mich zum ersten Mal bei einer gesetzlichen Krankenkasse.)

Інше:

(Sonstiges:)

Я (Ich bin) працюю за наймом (Arbeitnehmer/in) навчаюся (Auszubildende/r) навчаюся за програмою дуальної освіти (duale/r Student/in)

Як найманий працівник я маю поліс добровільного страхування. Це застосовується, якщо річний оклад перевищує 64 350,00 євро.
(Als Arbeitnehmer/in bin ich freiwillig versichert. Dies gilt, wenn das Jahresgehalt über 64.350,00 Euro liegt.)

Мій роботодавець робить внески на добровільне медичне страхування та страхування на випадок потреби в догляді.
(Mein Arbeitgeber führt die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung ab.)

Я сам роблю внески в mhplus на добровільне медичне страхування та страхування на випадок потреби в догляді.
(Ich zahle die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung selber an die mhplus.)

Дані для розрахунку внеску для страхування на випадок потреби в догляді:
(Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung:)

У мене є діти (будь ласка, надайте підтвердження).
(Ich habe Kinder (bitte Nachweis mitsenden).)

Я отримую допомогу по безробіттю (будь ласка, надайте підтвердження) Я подав заяву на отримання допомоги по безробіттю Я подав заяву на отримання допомоги по безробіттю II (Arbeitslosengeld II beantragt.)
(Ich erhalte Arbeitslosengeld (bitte Bescheid mitsenden)) (Ich habe Arbeitslosengeld) (Ich habe Arbeitslosengeld)

Примітка: інші категорії осіб - будь ласка, заповніть наступну сторінку (**Hinweis:** Weitere Personengruppen - bitte Folgeseite ausfüllen)

Дані роботодавця (будь ласка, запитайте в роботодавця його номер підприємства – це завжди 8 цифр.) (Angaben zum Arbeitgeber (Betriebsnummer bitte beim Arbeitgeber erfragen – immer 8-stellig))

назва компанії (Firmenname) телефон
адреса (Adresse) Telefon

номер підприємства (Betriebsnummer) час заснування (beschäftigt seit)

Інша інформація (будь ласка, позначте відповідне) (Sonstige Angaben (bitte zutreffendes ankreuzen))

Я додатково займаюся підприємницькою діяльністю (будь ласка, заповніть наступну сторінку).
(Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus (bitte Folgeseite ausfüllen).)

Я отримую пенсію за рахунок німецького пенсійного страхування або аналогічної іноземної програми (будь ласка, надішліть повідомлення про призначення пенсії).
(Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung oder eines vergleichbaren Trägers im Ausland (bitte Rentenbescheid mitsenden).)

Я отримую виплати, наприклад, допомогу, пенсію, призначену підприємством та додаткову пенсію (будь ласка, надайте підтвердження відповідної установи).
(Ich erhalte Versorgungsbezüge, z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten (bitte Bescheid der Versorgungsstelle mitsenden).)

Я був звільнений від обов'язкового медичного страхування на підставі запиту (будь ласка, надайте копію рішення).
(Ich wurde auf Antrag von der Krankenversicherungspflicht befreit (bitte Kopie des Bescheides mitsenden).)

Я отримую виплати, передбачені обов'язковим страхуванням на випадок потреби в догляді.
(Ich erhalte Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.)

Дані щодо попереднього медичного страхування (Angaben zur bisherigen Krankenversicherung)

Я мав до цього часу поліс (Ich war bisher) обов'язкового страхування (pflichtversichert) добровільного страхування (freiwillig versichert) сімейного страхування (familienversichert) приватного страхування (privat versichert) страхування за кордоном (im Ausland versichert)

назва попередньої медичної страхової компанії (Name der bisherigen Krankenkasse) з (vom) по (bis zum)

Я користувався там тарифом за вибором
(Ich habe dort an einem Wahltarif teilgenommen)

Сімейне страхування (Familienversicherung)

Я хочу безкоштовно застрахувати своїх близьких.
(Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern.)

Будь ласка, надішліть мені заяву.
(Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.)

Заява додається.
(Der Antrag liegt bei.)

Дата (Datum) Підпис (Unterschrift)

Примітка про захист даних: Ми збираємо і обробляємо ваші дані відповідно до вимог законодавства. Ці дані нам потрібні для виконання вимог щодо вашого страхування згідно з §§ 5 і наступними Кодексу соціального страхування, п'ята книга (SGB V) та для розрахунку ваших внесків згідно з §§ 226 і наступними SGB V, § 7 SGB XI. Інформацію про захист даних і ваші права можна отримати за посиланням: www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz.
(**Hinweis zum Datenschutz:** Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen. Die Daten brauchen wir für die Durchführung Ihres Versicherungsverhältnisses nach §§ 5 ff. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) und um Ihre Beiträge zu berechnen nach §§ 226 ff. SGB V, § 7 SGB XI. Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten erhalten Sie unter: www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz.)

прізвище, ім'я (Name, Vorname)

дата народження (Geburtsdatum)

T T M M J J J J

Я (Ich bin)

державний службовець
(Beamer/Beamtin)

пенсіонер
(Pensionär/in)

займаюся веденням домашнього господарства
(Hausfrau/Hausmann)

одержувач соціальної допомоги
(Sozialhilfeempfänger/in)

школяр (будь ласка, надайте довідку зі школи)
Schüler/in (bitte **Schulbescheinigung** mitsenden)

студент (будь ласка, надайте довідку про навчання)
(Student/in (bitte **Studienbescheinigung** mitsenden))

пенсіонер (будь ласка, надайте повідомлення про призначення пенсії)
Rentner/in (bitte **Rentenbescheid** mitsenden)

Була подана заява про призначення пенсії
(Rente wurde beantragt)

Дата подання заяви:
(Antragsdatum)

T T M M J J J J

підприємець, а саме:
(selbstständig als:)

підприємець-початківець і маю стартовий грант (будь ласка, надайте рішення)
(Existenzgründer/in mit Gründungszuschuss (bitte **Bescheid** mitsenden))

Додаткові дані про підприємницьку діяльність:
(Weitere Angaben zur selbstständigen Tätigkeit:)

кількість робочих годин на тиждень:
(Anzahl wöchentliche Arbeitsstunden:)

Кількість найманих працівників:
(Anzahl Beschäftigte:)

з них частково зайняті:
(davon geringfügig Beschäftigte:)

Ця діяльність є моїм основним заняттям.
(Ich übe die Tätigkeit hauptberuflich aus.)

Будь ласка, надішліть мені інформацію про страхування з допомогою на випадок хвороби, починаючи з 7-го тижня (тільки для підприємців, для яких ця діяльність є основним заняттям).
(Bitte senden Sie mir Informationen zur Versicherung mit Krankengeld ab Beginn der 7. Woche (nur für hauptberuflich selbstständig Tätige).)

Дані щодо фінансового стану (Angaben zu den Einkommensverhältnissen)

Мій сукупний місячний дохід перевищує 4 837,50 євро (58 050,00 євро на рік). (Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.837,50 Euro (jährlich 58.050,00 Euro).)

Мій чоловік / Моя дружина не має полісу обов'язкового медичного страхування (будь ласка, надайте довідку про доходи).
(Mein Ehegatte ist **nicht** in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (bitte **Einkommensnachweise** mitsenden).)

Кількість дітей-утриманців (які не мають власних доходів):
(Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder (ohne eigene Einnahmen):)

з них спільні діти
(davon gemeinsame Kinder)

Інформація про надходження (Angaben zu den Einnahmen)	щомісяця євро (monatlich Euro)	щороку євро (jährlich Euro)	будь ласка, надайте копії зазначених документів (bitte folgende Nachweise in Kopie mitsenden)
Доходи від підприємницької діяльності (Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit) (включно з доходами від фотоелектричної енергетичної установки) (hierzu zählen auch Einnahmen aus einer Photovoltaikanlage)			останнє повідомлення про нарахування податку на прибуток (повне) та свідоцтво про реєстрацію суб'єкта підприємницької діяльності (letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig) und Gewerbeanmeldung)
Заробітна плата / оклад від трудової діяльності (Lohn/Gehalt aus einer Beschäftigung) Щомісячна заробітна плата бруто (Monatliches Bruttoentgelt)			останній розрахунковий лист (letzte Gehaltsabrechnung)
Разові виплати за останні 12 місяців (Einmalzahlungen der letzten 12 Monate)			підтвердження разової виплати (Nachweis über die Einmalzahlung)
Інші матеріальні вигоди (наприклад, службовий автомобіль) (Sonstiger geldwerter Vorteil (z. B. Dienstwagen))			підтвердження матеріальної вигоди (Nachweis über den geldwerten Vorteil)
Пенсійні виплати Наприклад, пенсія за віком, пенсія у зв'язку з втратою годувальника, пенсія для осіб з інвалідністю, іноземні пенсії (z. B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten)			поточне рішення про призначення пенсії (aktueller Rentenbescheid)
Тип: (Art:)			поточне рішення про призначення пенсії (aktueller Rentenbescheid)
Тип: (Art:)			поточне рішення про призначення пенсії (aktueller Rentenbescheid)
Виплати допомоги бруто Наприклад, пенсія, допомога від підприємства та додаткова пенсія (z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten)			поточне рішення про призначення пенсії (aktueller Rentenbescheid)
Тип: (Art:)			поточне рішення про призначення пенсії (aktueller Rentenbescheid)
Тип: (Art:)			поточне рішення про призначення пенсії (aktueller Rentenbescheid)
Разові виплати			підтвердження разової виплати (Nachweis über die Einmalzahlung)
Доходи від надання в оренду та лізингу (Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung)			останнє повідомлення про нарахування податку на прибуток (повне) (letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig))
Відсотки та інші доходи від капіталу (Zinsen und sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen)			останнє повідомлення про нарахування податку на прибуток (повне) (letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig))
Виплата винагороди (Abfindung)			договір про виплату винагороди (Vertrag über die Abfindung)
Соціальна допомога / забезпечення базових потреб (Sozialhilfe/Grundsicherung)			Рішення про призначення соціальної допомоги (Sozialhilfebescheid)
Інші доходи – Тип: (Sonstige Einnahmen – Art:)			підтвердження доходу (Nachweis über die Einnahmen)

Мій дохід становить менше 1096,67 євро на місяць. Мої засоби до існування забезпечуються:
(Meine Einnahmen liegen unter 1.096,67 Euro monatlich. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch)

Ця інформація нам потрібна лише при подачі заяви для неповнолітніх: (Diese Angaben brauchen wir nur bei einem Antrag für Minderjährige:)

Ім'я, прізвище, дата народження законного представника та інша адреса (згідно з випадком)

(Vorname, Name, Geburtsdatum des/der gesetzlichen Vertreter/s und eventuell abweichende Anschrift)

Дані для розрахунку внеску для страхування на випадок потреби в догляді (Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung)

У мене є діти (будь ласка, надайте підтвердження, наприклад, свідоцтво про народження або свідоцтво про походження)
(Ich habe Kinder (bitte **Nachweis**, z. B. Geburtsurkunde oder Abstammungsurkunde mitsenden).)

Я підтверджую, що всі відомості відповідають дійсності. Я негайно повідомлятиму вас про всі майбутні зміни. Я також надсилатиму вам відповідні підтвердження (наприклад, повідомлення про нарахування податку на прибуток). Мені відомо, що неповна або невірна інформація призведе до перерахунку внеску. (Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen informiere ich Sie gleich. Dazu sende ich Ihnen geeignete Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid). Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zur Nachberechnung des Beitrages führen.)

T T M M J J J J

Дата (Datum)

Підпис (Unterschrift)

**Дані члена (головний страховальник) (Будь ласка, позначте лише відповідні поля).
(Angaben Mitglied (Hauptversicherter) (Bitte zutreffende Felder nur ankreuzen.))**

прізвище, ім'я
(Name, Vorname)

Номер страхового поліса:
(Versicherungsnummer):

(Це зазначено у вашій електронній картці медичного страхування mhplus).
(Diese steht auf Ihrer mhplus-Gesundheitskarte.)

До цього часу я*
(Ich war bisher*)

був застрахований як член
(als Mitglied versichert)

був застрахований за програмою сімейного страхування
(familienversichert bei)

не мав обов'язкової медичної страховки
(nicht gesetzlich versichert)

назва медичної страхової компанії
(Name der Krankenkasse)

* Ці дані необхідні лише на початку членства в mhplus (наприклад, після зміни страхової компанії).
(* Eine Angabe ist nur notwendig bei Beginn der Mitgliedschaft des Mitglieds bei der mhplus (z. B. Kassenwechsel).)

Сімейний стан (Familienstand)

неодружений/а
(ledig)

одружений/а**
(verheiratet**)

роздільне проживання подружжя**
(getrennt lebend**)

розлучений/а
(geschieden)

вдівець/вдова
(verwitwet)

спільне проживання згідно з Законом про регулювання спільного проживання (LPaTG)**
(eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPaTG**)

** Будь ласка, надайте додаткову інформацію в пункті "чоловік/дружина".
(**) Bitte machen Sie weitere Angaben in der Spalte „Ehepartner/in“.)

Підстава для сімейного страхування (Anlass für die Familienversicherung)

Початок мого членства
(Beginn meiner Mitgliedschaft)

Народження дитини
(Geburt des Kindes)

Переселення з-за кордону
(Zuzug aus dem Ausland)

Закінчення власного членства мого родича
(Ende der eigenen Mitgliedschaft meines Angehörigen)

Одруження
(Heirat)

Інше
(Sonstiges)

Контактні дані (вказуються за бажанням) (Kontakt (freiwillige Angabe))

Мій номер телефону:
(Meine Telefonnummer)

Моя адреса електронної пошти:
(Meine E-Mail-Adresse)

В. Дані членів сім'ї (B. Angaben zu Familienangehörigen)

Будь ласка, надайте дані лише тих родичів, яких ви хочете безкоштовно застрахувати в mhplus разом з вами .
(Bitte machen Sie die Angaben nur für die Angehörigen, die Sie bei Ihrer mhplus kostenfrei mitversichern möchten.)

Навіть якщо ви хочете застрахувати лише своїх дітей, нам потрібна інформація про **вашого партнера/чоловіка / вашу партнерку/дружину** . Нам також потрібна інформація про доходи вашого партнера/чоловіка / вашої партнерки/дружини, якщо

+ вона/він не має полісу обов'язкового страхування і
+ є родичем ваших дітей.

(Auch wenn Sie nur Ihre Kinder mitversichern möchten, brauchen wir die Angaben zu Ihrer/Ihrem Ehe-/Lebenspartner/-in. Zusätzlich brauchen wir die Angaben zu Einkünften Ihres Ehe-/Lebenspartners, wenn) (+ sie/er nicht gesetzlich versichert ist und) (+ mit den Kindern verwandt ist.)

В такому випадку, будь ласка, надайте підтвердження доходів вашого партнера/чоловіка / вашої партнерки/дружини . Надбавки, що виплачуються з урахуванням сімейного стану, не враховуються. Дякуємо!
(Bitte senden Sie dann die Einkommensnachweise Ihres Ehe-/Lebenspartners mit. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt. Herzlichen Dank!)

Родич/ка (Angehörige/r)	Чоловік/дружина (Ehepartner/in)		Дитина (Kind)		Дитина (Kind)		Дитина (Kind)	
початок сімейного страхування (Beginn der Familienversicherung)								
прізвище*** (Name***)								
ім'я (Vorname)								
дата народження (Geburtsdatum)								
Стать (Geschlecht) чоловіча (m), жіноча (w), інша (d), невизначено (x) (männlich (m), weiblich (w), divers (d), unbestimmt (x))	(m)/(m) (w)/(w)	(m)/(m) (w)/(w)	(m)/(m) (w)/(w)	(m)/(m) (w)/(w)	(m)/(m) (w)/(w)	(m)/(m) (w)/(w)	(m)/(m) (w)/(w)	(m)/(m) (w)/(w)
адреса, якщо вона інша (eventuell abweichende Anschrift)	(d)/(d) (x)/(x)	(d)/(d) (x)/(x)	(d)/(d) (x)/(x)	(d)/(d) (x)/(x)	(d)/(d) (x)/(x)	(d)/(d) (x)/(x)	(d)/(d) (x)/(x)	(d)/(d) (x)/(x)
Родинні стосунки з членом (Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied)			біологічна дитина / усиновлена дитина (leibliches Kind/Adoptivkind) пасинок/падчерка (Stiefkind) онук (Enkelkind) дитина під опікою (Pflegekind)		біологічна дитина / усиновлена дитина (leibliches Kind/Adoptivkind) пасинок/падчерка (Stiefkind) онук (Enkelkind) дитина під опікою (Pflegekind)		біологічна дитина / усиновлена дитина (leibliches Kind/Adoptivkind) пасинок/падчерка (Stiefkind) онук (Enkelkind) дитина під опікою (Pflegekind)	
Ваш партнер/чоловік / ваша партнерка/дружина є родичем дитини? (Ist Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/in mit dem Kind verwandt?)			Hi (Nein) Так (Ja)		Hi (Nein) Так (Ja)		Hi (Nein) Так (Ja)	

прізвище, ім'я
(Name, Vorname)

Номер страхового поліса:
(Versicherungsnummer)

Родич/ка (Angehörige/r)	Чоловік/дружина (Ehepartner/in)	Дитина (Kind)	Дитина (Kind)	Дитина (Kind)
ім'я (Vorname)				

Дані про попереднє або поточне страхування членів сім'ї (Angaben zur bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen)

Попереднє страхування (Die bisherige Versicherung)				
<ul style="list-style-type: none">• продовжує діяти (besteht weiter)• закінчилося: (endete am)• В (bei) (Назва медичної страхової компанії / медичного страхування): ((Name der Krankenkasse / Krankenversicherung))	Hi (Nein) Так (Ja)			
<ul style="list-style-type: none">• Тип страхування: членство (1), сімейне страхування* (2), необов'язкове страхування (3) (Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3)) (будь ласка, позначте) (bitte ankreuzen))				
Чи мали ви останнім часом сімейну страховку? Якщо так, будь ласка, вкажіть прізвище та ім'я особи, разом з якою до цього часу були застраховані ці ваші родичи. (Bestand zuletzt eine Familienversicherung?) (Dann geben Sie bitte den Namen und Vornamen der Person an, über die bisher die Angehörigen versichert waren.)	(ім'я) ((Vorname)) (прізвище) ((Name))	(ім'я) ((Vorname)) (прізвище) ((Name))	(ім'я) ((Vorname)) (прізвище) ((Name))	(ім'я) ((Vorname)) (прізвище) ((Name))

*) **Важливо для вас:** сімейне страхування можна оформити лише в медичній страховій компанії.

(*) **Wichtig für Sie:** Die Familienversicherung kann nur bei einer Krankenkasse durchgeführt werden.)

Дані про доходи членів сім'ї (Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen)

Мій родич / мої родичі має/мають власні доходи (Mein Angehöriger/meine Angehörigen haben eigenes Einkommen)	Hi (Nein) Так (Ja)	Hi (Nein) Так (Ja)	Hi (Nein) Так (Ja)	Hi (Nein) Так (Ja)
Якщо «Так», будь ласка, надайте відповідні підтвердження, наприклад, копію поточного повідомлення про нарахування податку на прибуток. (Bei Angabe mit „Ja“ bitte entsprechende Nachweise mitsenden, z. B. Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides.)				
Підприємницька діяльність з (Selbstständige Tätigkeit seit) щомісячний дохід від підприємницької діяльності (monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit)	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)
Щомісячна заробітна плата бруто від роботи в якості найманого працівника (Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus einer Beschäftigung)	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)
Компенсація при звільненні (наприклад, разова винагорода) (Entlassungsschädigung) ((z. B. Abfindung))	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)
Щомісячна заробітна плата бруто за мінімальну зайнятість (Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob)	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)
Пенсія, призначена згідно з законодавством, грошова допомога, пенсія, призначена підприємством, іноземна пенсія, інші види пенсії Щомісячна сума виплат (Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten) (Monatlicher Zahlbetrag)	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)
Інші регулярні доходи відповідно до податкового законодавства (Наприклад, дохід від надання в оренду та лізингу, дохід від капіталу) (Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts) (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)) Тип доходів (Art der Einkünfte)	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)
Мій родич / мої родичі отримують допомогу по безробіттю або допомогу по безробіттю II (Mein Angehöriger/meine Angehörigen erhalten Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II)	Hi (Nein) Так (Ja)	Hi (Nein) Так (Ja)	Hi (Nein) Так (Ja)	Hi (Nein) Так (Ja)

прізвище, ім'я
(Name, Vorname)

Номер страхового поліса:
(Versicherungsnummer)

Родич/ка (Angehörige/r)	Чоловік/дружина (Ehepartner/in)	Дитина (Kind)	Дитина (Kind)	Дитина (Kind)
ім'я (Vorname)				

Додаткові відомості про членів сім'ї (Weitere Angaben zu Familienangehörigen)

Період навчання школяра або студента (Будь ласка, надайте довідку зі школи або навчального закладу для дітей віком від 23 років). (Schul- oder Studienzeit) (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.)		з (von)	з (von)	з (von)
		по (bis)	по (bis)	по (bis)
Військова служба або волонтерська служба, що регулюється законодавством (Будь ласка, надайте підтвердження про період служби). (Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst) (Bitte Dienstzeitbescheinigung mitsenden.)		з (von)	з (von)	з (von)
		по (bis)	по (bis)	по (bis)

Дані про надання номера медичного страхування родичам, застрахованим за програмою сімейного страхування (Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige)

Номер пенсійного страхування (Rentenversicherungsnummer)				
---	--	--	--	--

Наступна інформація необхідна лише в тому випадку, якщо номер пенсійного страхування ще не був наданий.
(Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.)

ім'я при народженні (Geburtsname)				
місце народження (Geburtsort)				
країна народження (Geburtsland)				
громадянство (Staatsangehörigkeit)				

Я підтверджую, що інформація вірна. Я негайно повідомлятиму вам про зміни. Це також стосується змін у доходах моїх близьких (наприклад, нове повідомлення про нарахування податку на прибуток - для підприємницької діяльності) або їхнього членства в (іншій) медичній страховій компанії.

(Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind. Über Änderungen informiere ich Sie gleich. Das gilt auch, wenn sich das Einkommen meiner Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.)

Дата
(Datum)

Підпис учасника
(Unterschrift des Mitglieds)

Своїм підписом я підтверджую, що отримав 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.)

Підпис члена / членів сім'ї
(Unterschrift des/der Familienangehörigen)

Для тих, хто живе роздільно, достатньо підпису члена сім'ї.
(Bei getrennt Lebenden reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.)