

**A. Сведения об участнике программы (Основной страхователь) (Просьба поставить крестик только в соответствующих полях.)
(Angaben Mitglied (Hauptversicherter) (Bitte zutreffende Felder nur ankreuzen.))**

**Фамилия, имя
(Name, Vorname)**

**Страховой номер:
(Versicherungsnummer):**

(Указан в вашем полисе медицинского страхования mhplus.)
(Diese steht auf Ihrer mhplus-Gesundheitskarte.)

Я был (-а) ранее
(Ich war bisher*)

застрахован (-а) в качестве участника программы
(als Mitglied versichert)

застрахован (-а) в системе семейного страхования в
(familienversichert bei)

не застрахован (-а) в системе обязательного медицинского страхования
(nicht gesetzlich versichert)

Название медицинской страховой компании
(Name der Krankenkasse)

*) Сведения следует указать только новым участникам программы mhplus (например, в случае смены страховой компании).
(*) Eine Angabe ist nur notwendig bei Beginn der Mitgliedschaft des Mitglieds bei der mhplus (z. B. Kassenwechsel.)

Семейное положение (Familienstand)

в браке не состою
(ledig)

в браке**
(verheiratet**)

проживаю отдельно**
(getrennt lebend**)

в разводе
(geschieden)

вдова (вдовец)
(verwitwet)

зарегистрированное гражданское партнерство согласно LPartG**
(eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG**)

**) Пожалуйста, укажите дополнительную информацию в графе «Супруг (-а)».
(**) Bitte machen Sie weitere Angaben in der Spalte „Ehepartner/in“.

Основание для семейного страхования (Anlass für die Familienversicherung)

Начало участия в программе
(Beginn meiner Mitgliedschaft)

Рождение ребенка
(Geburt des Kindes)

Переезд из другой страны
(Zuzug aus dem Ausland)

Завершение собственного участия в программе моего члена семьи
(Ende der eigenen Mitgliedschaft meines Angehörigen)

Вступление в брак
(Heirat)

Прочее
(Sonstiges)

Контактная информация (указывается по желанию) (Kontakt (freiwillige Angabe))

Номер телефона:
(Meine Telefonnummer)

Адрес электронной почты:
(Meine E-Mail-Adresse)

B. Сведения о членах семьи (B. Angaben zu Familienangehörigen)

Укажите **сведения** только о **членах семьи**, которых вы хотите бесплатно внести в страхование mhplus.

(Bitte machen Sie die **Angaben** nur für die **Angehörigen**, die Sie bei Ihrer mhplus kostenfrei mitversichern möchten.)

Если **вы** хотите внести в страховой полис **только** детей, **вам также необходимо будет указать сведения о супруге/партнере**. Помимо этого, нам потребуется информация о доходах вашего (-ей) супруга (-и)/партнера, если

+ он/она не застрахован (-а) в системе обязательного медицинского страхования и

+ имеет родственные связи с детьми.

(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 таком случае просим вас отправить нам **справку о доходах** вашего (-ей) супруга (-и)/партнера. Надбавки, которые выплачиваются в связи с семейным положением, не учитываются. Большое спасибо!
(Bitte senden Sie dann die **Einkommensnachweise** Ihres Ehe-/Lebenspartners mit. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt. Herzlichen Dank!)

Член семьи (Angehörige/r)	Супруг (-а) (Ehepartner/in)	Ребенок (Kind)		Ребенок (Kind)		Ребенок (Kind)	
Начало действия программы семейного страхования (Beginn der Familienversicherung)							
Фамилия*** (Name***)							
Имя (Vorname)							
Дата рождения (Geburtsdatum)							
Пол (Geschlecht) мужской (м), женский (ж), иной (и), неизвестен (н) (männlich (m), weiblich (w), divers (d), unbestimmt (x))	(м)/(м) (ж)/(w)	(м)/(м) (ж)/(w)	(м)/(м) (ж)/(w)	(м)/(м) (ж)/(w)	(м)/(м) (ж)/(w)	(м)/(м) (ж)/(w)	(м)/(м) (ж)/(w)
другой адрес (при наличии) (eventuell abweichende Anschrift)	(и)/(d) (н)/(x)	(и)/(d) (н)/(x)	(и)/(d) (н)/(x)	(и)/(d) (н)/(x)	(и)/(d) (н)/(x)	(и)/(d) (н)/(x)	(и)/(d) (н)/(x)
Родственные отношения с участником программы (Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied)		родной ребенок / усыновленный ребенок (leibliches Kind/Adoptivkind) Пасынок (падчерица) (Stiefkind) Внук (внучка)(Enkelkind) Приемный ребенок (Pflegekind)	родной ребенок / усыновленный ребенок (leibliches Kind/Adoptivkind) Пасынок (падчерица) (Stiefkind) Внук (внучка)(Enkelkind) Приемный ребенок (Pflegekind)	родной ребенок / усыновленный ребенок (leibliches Kind/Adoptivkind) Пасынок (падчерица) (Stiefkind) Внук (внучка)(Enkelkind) Приемный ребенок (Pflegekind)			
Ваш (-а) супруг (-а)/партнер состоят в родственных связях с ребенком? (Ist Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/in mit dem Kind verwandt?)		Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)

**Фамилия, имя
(Name, Vorname)**

**Страховой номер:
(Versicherungsnummer)**

Член семьи (Angehörige/r)	Супруг (-а) (Ehepartner/in)	Ребенок (Kind)	Ребенок (Kind)	Ребенок (Kind)
Имя (Vorname)				

Сведения о прежней или действующей программе страхования членов семьи (Angaben zur bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen)

Предыдущая программа страхования (Die bisherige Versicherung) <ul style="list-style-type: none"> • продолжает действие: (besteht weiter) • завершилась (дата): (endete am) • предоставлена: (bei) (Название медицинской страховой компании/программы медицинского страхования): (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung) 	Нет (Nein) Да (Ja)			
• Вид страхования: участие в программе (1), семейное страхование* (2), не застрахован (-а) в системе обязательного медицинского страхования (3) (Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3)) (нужное отметить крестиком) (bitte ankreuzen))				
Ваша прежняя программа страхования была семейной? Если да, то укажите фамилию и имя основного страхователя, в чью программу страхования были включены члены семьи? (Bestand zuletzt eine Familienversicherung? Dann geben Sie bitte den Namen und Vornamen der Person an, über die bisher die Angehörigen versichert waren.)	(Имя) ((Vorname)) (Фамилия) ((Name))	(Имя) ((Vorname)) (Фамилия) ((Name))	(Имя) ((Vorname)) (Фамилия) ((Name))	(Имя) ((Vorname)) (Фамилия) ((Name))

***) Важная информация:** Семейное страхование можно оформить только в медицинской страховой компании.

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

Сведения о доходах членов семьи (Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen)

Мой (-и) член (-ы) семьи имеет (-ют) собственный доход (Mein Angehöriger/meine Angehörigen haben eigenes Einkommen)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)
Если ответ «Да», просьба прислать нам соответствующие подтверждения, например копию последнего извещения об установлении подоходного налога. (Bei Angabe mit „Ja“ bitte entsprechende Nachweise mitsenden, z. B. Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides.)				
Самозанятость с (Selbstständige Tätigkeit seit) месячный доход от самозанятости (monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit)		евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)
Месячная заработная плата брутто с одного места работы (Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus einer Beschäftigung) (например, выходное пособие) (Entlassungsschädigung ((z. B. Abfindung)))		евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)
Ежемесячная заработная плата от минимальной занятости (Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob)		евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)
Государственная пенсия, выплаты от прежнего работодателя, пенсия от предприятия, пенсия другого государства, прочие виды пенсионных выплат Ежемесячная сумма выплат (Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten) (Monatlicher Zahlbetrag)		евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)
Прочие регулярные доходы согласно закону о подоходном налоге (например, доходы от аренды и сдачи в аренду, доходы с капитала) (Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts) (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) Вид дохода (Art der Einkünfte)		евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)
Член (-ы) моей семьи получают пособие по безработице или пособие по безработице II (Mein Angehöriger/meine Angehörigen erhalten Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)

Фамилия, имя
(Name, Vorname)

Страховой номер:
(Versicherungsnummer)

Член семьи (Angehörige/r)	Супруг (-а) (Ehepartner/in)	Ребенок (Kind)	Ребенок (Kind)	Ребенок (Kind)
Имя (Vorname)				

Дополнительные сведения о членах семьи (Weitere Angaben zu Familienangehörigen)

Период обучения (если дети старше 23 лет, просьба приложить аттестат или справку об обучении в высшем учебном заведении.)		с (von)	с (von)	с (von)
(Schul- oder Studienzeit) (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.)		по (bis)	по (bis)	по (bis)
Военная служба или регулируемая законом волонтерская служба (просьба приложить свидетельство о прохождении военной службы.)		с (von)	с (von)	с (von)
(Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst) (Bitte Dienstzeitbescheinigung mitsenden.)		по (bis)	по (bis)	по (bis)

Сведения о присвоении номера медицинского страхования членам семьи, застрахованным по программе семейного страхования (Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige)

Номер пенсионного страхования (Rentenversicherungsnummer)				
--	--	--	--	--

Следующая информация требуется только в случае, если номер пенсионного страхования еще не присвоен.
(Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.)

Фамилия при рождении (Geburtsname)				
Место рождения (Geburtsort)				
Страна рождения (Geburtsland)				
Национальность (Staatsangehörigkeit)				

Подтверждаю, что информация верна. Я обязуюсь незамедлительно уведомлять об изменениях, в том числе если доход членов моей семьи изменится (например, новое извещение об установлении подоходного налога для самозанятых) или если они будут застрахованы в (другой) медицинской страховой компании.

(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.)

TTMMJJJJ

Дата
(Datum)

Подпись участника программы
(Unterschrift des Mitglieds)

Проставляя подпись выше, я подтверждаю, что получил (-а) согласие членов семьи на предоставление необходимых сведений.
(Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.)

Подпись застрахованного (-ых) члена (-ов) семьи
(Unterschrift des/der Familienangehörigen)

При проживании отдельно достаточно подписи члена семьи.
(Bei getrennt Lebenden reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.)

**A. Сведения об участнике программы (Основной страхователь) (Просьба поставить крестик только в соответствующих полях.)
(Angaben Mitglied (Hauptversicherter) (Bitte zutreffende Felder nur ankreuzen.))**

**Фамилия, имя
(Name, Vorname)**

**Страховой номер:
(Versicherungsnummer):**

(Указан в вашем полисе медицинского страхования mhplus.)
(Diese steht auf Ihrer mhplus-Gesundheitskarte.)

Я был (-а) ранее
(Ich war bisher*)

застрахован (-а) в качестве участника программы
(als Mitglied versichert)

застрахован (-а) в системе семейного страхования в
(familienversichert bei)

не застрахован (-а) в системе обязательного медицинского страхования
(nicht gesetzlich versichert)

Название медицинской страховой компании
(Name der Krankenkasse)

*) Сведения следует указать только новым участникам программы mhplus (например, в случае смены страховой компании).
(*) Eine Angabe ist nur notwendig bei Beginn der Mitgliedschaft des Mitglieds bei der mhplus (z. B. Kassenwechsel.)

Семейное положение (Familienstand)

в браке не состою
(ledig)

в браке**
(verheiratet**)

проживаю отдельно**
(getrennt lebend**)

в разводе
(geschieden)

вдова (вдовец)
(verwitwet)

зарегистрированное гражданское партнерство согласно LPartG**
(eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG**)

**) Пожалуйста, укажите дополнительную информацию в графе «Супруг (-а)».
(**) Bitte machen Sie weitere Angaben in der Spalte „Ehepartner/in“.

Основание для семейного страхования (Anlass für die Familienversicherung)

Начало участия в программе
(Beginn meiner Mitgliedschaft)

Рождение ребенка
(Geburt des Kindes)

Переезд из другой страны
(Zuzug aus dem Ausland)

Завершение собственного участия в программе моего члена семьи
(Ende der eigenen Mitgliedschaft meines Angehörigen)

Вступление в брак
(Heirat)

Прочее
(Sonstiges)

Контактная информация (указывается по желанию) (Kontakt (freiwillige Angabe))

Номер телефона:
(Meine Telefonnummer)

Адрес электронной почты:
(Meine E-Mail-Adresse)

B. Сведения о членах семьи (B. Angaben zu Familienangehörigen)

Укажите **сведения** только о **членах семьи**, которых вы хотите бесплатно внести в страхование mhplus.

(Bitte machen Sie die **Angaben** nur für die **Angehörigen**, die Sie bei Ihrer mhplus kostenfrei mitversichern möchten.)

Если **вы** хотите внести в страховой полис **только** детей, **вам также необходимо будет указать сведения о супруге/партнере**. Помимо этого, нам потребуется информация о доходах вашего (-ей) супруга (-и)/партнера, если

+ он/она не застрахован (-а) в системе обязательного медицинского страхования и

+ имеет родственные связи с детьми.

(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 таком случае просим вас отправить нам **справку о доходах** вашего (-ей) супруга (-и)/партнера. Надбавки, которые выплачиваются в связи с семейным положением, не учитываются. Большое спасибо!
(Bitte senden Sie dann die **Einkommensnachweise** Ihres Ehe-/Lebenspartners mit. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt. Herzlichen Dank!)

Член семьи (Angehörige/r)	Супруг (-а) (Ehepartner/in)	Ребенок (Kind)		Ребенок (Kind)		Ребенок (Kind)	
Начало действия программы семейного страхования (Beginn der Familienversicherung)							
Фамилия*** (Name***)							
Имя (Vorname)							
Дата рождения (Geburtsdatum)							
Пол (Geschlecht) мужской (м), женский (ж), иной (и), неизвестен (н) (männlich (m), weiblich (w), divers (d), unbestimmt (x))	(м)/(м) (ж)/(w)	(м)/(м) (ж)/(w)	(м)/(м) (ж)/(w)	(м)/(м) (ж)/(w)	(м)/(м) (ж)/(w)	(м)/(м) (ж)/(w)	(м)/(м) (ж)/(w)
другой адрес (при наличии) (eventuell abweichende Anschrift)	(и)/(d) (н)/(x)	(и)/(d) (н)/(x)	(и)/(d) (н)/(x)	(и)/(d) (н)/(x)	(и)/(d) (н)/(x)	(и)/(d) (н)/(x)	(и)/(d) (н)/(x)
Родственные отношения с участником программы (Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied)		родной ребенок / усыновленный ребенок (leibliches Kind/Adoptivkind) Пасынок (падчерица) (Stiefkind) Внук (внучка)(Enkelkind) Приемный ребенок (Pflegekind)	родной ребенок / усыновленный ребенок (leibliches Kind/Adoptivkind) Пасынок (падчерица) (Stiefkind) Внук (внучка)(Enkelkind) Приемный ребенок (Pflegekind)	родной ребенок / усыновленный ребенок (leibliches Kind/Adoptivkind) Пасынок (падчерица) (Stiefkind) Внук (внучка)(Enkelkind) Приемный ребенок (Pflegekind)			
Ваш (-а) супруг (-а)/партнер состоят в родственных связях с ребенком? (Ist Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/in mit dem Kind verwandt?)		Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)

**Фамилия, имя
(Name, Vorname)**

**Страховой номер:
(Versicherungsnummer)**

Член семьи (Angehörige/r)	Супруг (-а) (Ehepartner/in)	Ребенок (Kind)	Ребенок (Kind)	Ребенок (Kind)
Имя (Vorname)				

Сведения о прежней или действующей программе страхования членов семьи (Angaben zur bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen)

Предыдущая программа страхования (Die bisherige Versicherung) <ul style="list-style-type: none"> • продолжает действие: (besteht weiter) • завершилась (дата): (endete am) • предоставлена: (bei) (Название медицинской страховой компании/программы медицинского страхования): (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung) 	Нет (Nein) Да (Ja)			
• Вид страхования: участие в программе (1), семейное страхование* (2), не застрахован (-а) в системе обязательного медицинского страхования (3) (Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3)) (нужное отметить крестиком) (bitte ankreuzen))				
Ваша прежняя программа страхования была семейной? Если да, то укажите фамилию и имя основного страхователя, в чью программу страхования были включены члены семьи? (Bestand zuletzt eine Familienversicherung? Dann geben Sie bitte den Namen und Vornamen der Person an, über die bisher die Angehörigen versichert waren.)	(Имя) ((Vorname)) (Фамилия) ((Name))	(Имя) ((Vorname)) (Фамилия) ((Name))	(Имя) ((Vorname)) (Фамилия) ((Name))	(Имя) ((Vorname)) (Фамилия) ((Name))

***) Важная информация:** Семейное страхование можно оформить только в медицинской страховой компании.

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

Сведения о доходах членов семьи (Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen)

Мой (-и) член (-ы) семьи имеет (-ют) собственный доход (Mein Angehöriger/meine Angehörigen haben eigenes Einkommen)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)
Если ответ «Да», просьба прислать нам соответствующие подтверждения, например копию последнего извещения об установлении подоходного налога. (Bei Angabe mit „Ja“ bitte entsprechende Nachweise mitsenden, z. B. Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides.)				
Самозанятость с (Selbstständige Tätigkeit seit) месячный доход от самозанятости (monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)
Месячная заработная плата брутто с одного места работы (Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus einer Beschäftigung) (например, выходное пособие) (Entlassungsschädigung ((z. B. Abfindung)))	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)
Ежемесячная заработная плата от минимальной занятости (Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)
Государственная пенсия, выплаты от прежнего работодателя, пенсия от предприятия, пенсия другого государства, прочие виды пенсионных выплат Ежемесячная сумма выплат (Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten) (Monatlicher Zahlbetrag)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)
Прочие регулярные доходы согласно закону о подоходном налоге (например, доходы от аренды и сдачи в аренду, доходы с капитала) (Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts) (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) Вид дохода (Art der Einkünfte)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)
Член (-ы) моей семьи получают пособие по безработице или пособие по безработице II (Mein Angehöriger/meine Angehörigen erhalten Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)	Нет (Nein) Да (Ja)

Фамилия, имя
(Name, Vorname)

Страховой номер:
(Versicherungsnummer)

Член семьи (Angehörige/r)	Супруг (-а) (Ehepartner/in)	Ребенок (Kind)	Ребенок (Kind)	Ребенок (Kind)
Имя (Vorname)				

Дополнительные сведения о членах семьи (Weitere Angaben zu Familienangehörigen)

Период обучения (если дети старше 23 лет, просьба приложить аттестат или справку об обучении в высшем учебном заведении.)		с (von)	с (von)	с (von)
(Schul- oder Studienzeit) (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.)		по (bis)	по (bis)	по (bis)
Военная служба или регулируемая законом волонтерская служба (просьба приложить свидетельство о прохождении военной службы.)		с (von)	с (von)	с (von)
(Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst) (Bitte Dienstzeitbescheinigung mitsenden.)		по (bis)	по (bis)	по (bis)

Сведения о присвоении номера медицинского страхования членам семьи, застрахованным по программе семейного страхования (Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige)

Номер пенсионного страхования (Rentenversicherungsnummer)				
--	--	--	--	--

Следующая информация требуется только в случае, если номер пенсионного страхования еще не присвоен.
(Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.)

Фамилия при рождении (Geburtsname)				
Место рождения (Geburtsort)				
Страна рождения (Geburtsland)				
Национальность (Staatsangehörigkeit)				

Подтверждаю, что информация верна. Я обязуюсь незамедлительно уведомлять об изменениях, в том числе если доход членов моей семьи изменится (например, новое извещение об установлении подоходного налога для самозанятых) или если они будут застрахованы в (другой) медицинской страховой компании.

(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 selbständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.)

TTMMJJJJ

Дата
(Datum)

Подпись участника программы
(Unterschrift des Mitglieds)

Проставляя подпись выше, я подтверждаю, что получил (-а) согласие членов семьи на предоставление необходимых сведений.
(Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.)

Подпись застрахованного (-ых) члена (-ов) семьи
(Unterschrift des/der Familienangehörigen)

При проживании отдельно достаточно подписи члена семьи.
(Bei getrennt Lebenden reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.)