

АНКЕТА ДЛЯ ВКЛЮЧЕНИЯ ЛИЦА В СИСТЕМУ СЕМЕЙНОГО СТРАХОВАНИЯ



Имя и фамилия члена
(по свидетельству о рождении/удостоверению личности)

Адрес

Номер страхового полиса

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

➤ Причина включения иждивенца(ов) в семейное страхование::

- Начало членства
 Рождение ребенка
 Вступление в брак
 Прекращение предыдущего членства родственника/родственников
 Прочее

➤ Семейное положение застрахованного лица:
 холост/не замужем
 женат/замужем
 раздельное проживание
 брак расторгнут с
 вдовец/вдова
 зарегистрированное гражданское партнерство согласно Закону о регулировании правовых отношений в гражданском браке (LPartG) (в этом случае следует заполнить поля в разделе «Супруг(а)»)

➤ Дата начала семейного страхования

➤ При возникновении вопросов просьба связаться по телефону (эта информация предоставляется в добровольном порядке).
 ➤ При возникновении вопросов просьба связаться по электронной почте (эта информация предоставляется в добровольном порядке).

ИНФОРМАЦИЯ О ЧЛЕНАХ СЕМЬИ

Предоставляемые ниже данные в принципиальном порядке необходимы только в отношении тех членов семьи, которые должны быть включены в нашу систему семейного страхования. В отличие от этого нам необходима **отдельная информация о Вашем/Вашей супруге или гражданском партнере даже и в том случае, если наша компания должна обеспечить только лишь семейное страхование Ваших детей.**

В отношении супруги, которые состоят в родственных отношениях с ребенком и застрахованы в частных страховых компаниях, помимо общей информации следует предоставить данные о страховании и доходе. В этом случае в обязательном порядке необходимо предоставить справки о доходах, причем при указании дохода не следует учитывать такие доплаты, которые выплачиваются по факту семейного положения.

Пожалуйста обратите внимание: законодательство запрещает одновременно иметь договоры семейного страхования в различных кассах больничного страхования. В этой связи просим подтвердить Вашими данными, что в Вашем случае исключена возможность двойного участия в системе семейного страхования.

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ЧЛЕНАХ СЕМЬИ

	СУПРУГ(А)	РЕБЕНОК	РЕБЕНОК	РЕБЕНОК
Фамилия*/в случае необходимости – фамилия при рождении				
*Если Вы носите разные фамилии, просьба приложить копию свидетельства о браке или свидетельства о происхождении, если Вы еще не предъявили эти документы				
Имя (по свидетельству о рождении/удостоверению личности)				
Пол м = мужской, ж = женский н = неопределенный, д = другого пола	<input type="checkbox"/> (м) <input type="checkbox"/> (ж) <input type="checkbox"/> (н) <input type="checkbox"/> (д)	<input type="checkbox"/> (м) <input type="checkbox"/> (ж) <input type="checkbox"/> (н) <input type="checkbox"/> (д)	<input type="checkbox"/> (м) <input type="checkbox"/> (ж) <input type="checkbox"/> (н) <input type="checkbox"/> (д)	<input type="checkbox"/> (м) <input type="checkbox"/> (ж) <input type="checkbox"/> (н) <input type="checkbox"/> (д)
Дата рождения				
В случае необходимости – указать адрес, отличный от адреса застрахованного лица				
Степень родства застрахованного лица по отношению к ребенку (*Обозначение «родной ребенок» следует использовать также и в случае усыновления/удочерения.)	xxx	<input type="checkbox"/> родной ребенок* <input type="checkbox"/> пасынок/падчерица <input type="checkbox"/> внук/внучка <input type="checkbox"/> ребенок, находящийся под опекой	<input type="checkbox"/> родной ребенок* <input type="checkbox"/> пасынок/падчерица <input type="checkbox"/> внук/внучка <input type="checkbox"/> ребенок, находящийся под опекой	<input type="checkbox"/> родной ребенок* <input type="checkbox"/> пасынок/падчерица <input type="checkbox"/> внук/внучка <input type="checkbox"/> ребенок, находящийся под опекой
Состоит ли супруг(а) в родственных отношениях с ребенком? (Просьба отметить крестиком только в том случае, если родственные отношения отсутствуют)	xxx	<input type="checkbox"/> (нет)	<input type="checkbox"/> (нет)	<input type="checkbox"/> (нет)
Собственный номер пенсионного страхования (RV-Nr.)				
Номер страхового полиса (Этот номер Вы найдете на электронной карточке медицинского страхования)				
Фамилия при рождении				

ИНФОРМАЦИЯ О ПОСЛЕДНЕМ ИЛИ СУЩЕСТВУЮЩЕМ ДАЛЕЕ СТРАХОВАНИИ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ

	СУПРУГ(А)	РЕБЕНОК	РЕБЕНОК	РЕБЕНОК
Место рождения				
Страна рождения				
Гражданство				
Предыдущее страхование - закончилось (дата): _____ - в страховой компании: (наименование больничной кассы) _____				
Вид предыдущего страхования:	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Семейное страхование <input type="checkbox"/> Негосударственная страховая компания	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Семейное страхование <input type="checkbox"/> Негосударственная страховая компания	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Семейное страхование <input type="checkbox"/> Негосударственная страховая компания	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Семейное страхование <input type="checkbox"/> Негосударственная страховая компания
Если последнее страхование было семейным страхованием, следует указать фамилию и имя основного застрахованного лица, на основании статуса которого было оформлено семейное страхование:	_____ (Имя) _____ (Фамилия)	_____ (Имя) _____ (Фамилия)	_____ (Имя) _____ (Фамилия)	_____ (Имя) _____ (Фамилия)
Предыдущий договор страхования существует и далее в: (наименование больничной кассы/страховой медицинской компании) Если Ваш/-а Гражданский партнер застрахованы в системе негосударственного страхования, просим приложить копию последнего извещения об установлении размера подоходного налога		xxx	xxx	xxx

ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ЧЛЕНАХ СЕМЬИ

	СУПРУГ/СУПРУГА	РЕБЕНОК	РЕБЕНОК	РЕБЕНОК
Деятельность в качестве индивидуального предпринимателя: Просим приложить копию последнего извещения об установлении размера подоходного налога	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Доход от деятельности в качестве индивидуального предпринимателя (ежемесячно): _____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Доход брутто от трудовой деятельности за минимальную заработную плату (ежемесячно): _____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Вы получаете пособие по безработице ALG II?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Государственная пенсия, пенсионные пособия и льготы, пенсия производственных пенсионных фондов, пенсия иностранного государства, прочие виды пенсионного обеспечения (размер ежемесячной выплаты): _____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Прочие виды регулярного ежемесячного дохода в смысле Налогового законодательства (напр. доход брутто от трудовой деятельности, превышающей минимальную заработную плату, доход вследствие сдачи объектов внаем и в аренду, доход от операции с ценными бумагами и размещенного капитала): _____ € Просим приложить копию последнего извещения об установлении размера подоходного налога	_____ € _____ (Вид дохода)	_____ € _____ (Вид дохода)	_____ € _____ (Вид дохода)	_____ € _____ (Вид дохода)

ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ЧЛЕНАХ СЕМЬИ

	СУПРУГ/СУПРУГА	РЕБЕНОК	РЕБЕНОК	РЕБЕНОК
Учеба в школе/ВУЗе: В отношении детей в возрасте от 23 лет просим приложить справку об учебе в школе, ВУЗе или другом учебном заведении	xxx	с _____ по _____	с _____ по _____	с _____ по _____
Военная служба или на законных основаниях добровольная служба, регулируемая законом: Пожалуйста, приложите справку о прохождении службы Вложить	xxx	с _____ по _____	с _____ по _____	с _____ по _____

Я подтверждаю правильность предоставленных мною данных. При возникновении изменений я проинформирую в незамедлительном порядке. В особенности это касается дохода названных выше членов моей семьи (напр. новая справка о размере подоходного налога вследствие занятия индивидуальной предпринимательской деятельностью) или в том случае, если названные лица станут членами (другой) больничной кассы.



Место, дата

Подпись застрахованного лица

В случае необходимости – подпись члена семьи

Своей подписью я подтверждаю, что получил согласие других членов семьи на предоставление требуемых данных.
В отношении членов семьи, проживающих отдельно, достаточно подписи члена семьи.

Указание на защиту личных данных: для того, чтобы мы могли выполнять свои обязанности на законных основаниях, требуется ваше участие в соответствии с §§ 10 абз. 6, 289 SGB V. Данные должны собираться для определения страхового отношения (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI). Детали контактной информации (адрес электронной почты и номер телефона) являются добровольными и будут использоваться исключительно для запросов о ваших страховых отношениях. Дополнительная информация о обработке ваших личных данных нами и вашими правами в соответствии с Положением об общей защите данных ЕС доступна на нашей домашней странице interneto-
weij <https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/>

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЕЙНОМ СТРАХОВАНИИ



Чтобы сделать заполнение данной анкеты для Вас как можно проще, в этой памятке мы хотим познакомить Вас с самыми важными вопросами, которые касаются семейного страхования.

При наличии определенных условий члены семей (супруг/супруга в соответствии с Законом о гражданском партнерстве, дети) лиц, застрахованных в BKKVBU, могут быть также застрахованы бесплатно. Под детьми здесь подразумеваются также пасынки/падчерицы и внуки, которые находятся на преимущественном иждивении застрахованного лица, а также находящиеся под его опекой дети.

Супруг/супруга и/или дети:

- › их **местожительством или местом обычного пребывания** должна быть Германия,
- › на них **не должна распространяться обязанность самостоятельного страхования** в страховой медицинской компании, они **не должны быть освобождены от страхования, от обязанности быть застрахованными и не должны по основному роду своей деятельности быть индивидуальным предпринимателем** и
- › Не должен иметь постоянный совокупный доход, который в 2022 году ежемесячно превышает 470 евро.

Для лиц, работающих с минимальной заработной платой, максимальный доход не должен превышать 520 евро ежемесячно. Просим **всегда** указывать данные в отношении Вашего супруга/Вашей супруги, даже и в том случае, если у нас будут застрахованы только лишь Ваши дети. Если Ваш/-а супруг/супруга застрахованы в системе негосударственного страхования, просим приложить справку с указанием дохода в текущий период времени.

Дети застрахованы вместе с Вами бесплатно:

- › до полных 18 лет
или
- › до полных 23 лет, если они не имеют собственного заработка
или
- › до полных 25 лет, если они получают школьное или профессиональное образование без получения заработной платы или являются волонтерами в рамках программы добровольного социального и/или экологического года.

Кроме того, предельный возраст, равный 25 годам, увеличивается на соответствующий промежуток времени, когда ребенок проходил воинскую, альтернативную или добровольную службу, что привело к перерыву или задержке при получении школьного или профессионального образования, но не более чем на 12 месяцев

Возрастной предел не учитывается в системе семейного страхования в том случае, если ребенок имеет инвалидность и не в состоянии самостоятельно зарабатывать средства к существованию. В этом случае, однако, факт инвалидности должен присутствовать уже в момент включения в систему семейного страхования.

Дети не входят в систему семейного страхования, если:

- › находящийся в родственных отношениях с детьми супруг/супруга застрахованного лица не является лицом, застрахованным в государственной больничной кассе
и
- › его общий регулярный доход в месяц превышает определенную максимальную величину (в 2022 г. = 5.362,50 евро)
и
- › регулярный доход превышает доход застрахованного лица.

В отношении новорожденных в качестве альтернативы к частному страхованию существует также возможность добровольного страхования в BKK·VBU.

Супруги не застрахованы в период декретного отпуска до и после родов, а также в течение отпуска по уходу за ребенком, если до наступления данного периода они не были застрахованы в системе государственного медицинского страхования.

meine-krankenkasse.de

FRAGEBOGEN FÜR DIE AUFNAHME IN DIE FAMILIENVERSICHERUNG



Vornamen und Name des Mitglieds
(laut Geburtsurkunde/Ausweis)

Anschrift

Versichertennummer

ALLGEMEINE ANGABEN

➤ Anlass für die Aufnahme der/des Angehörigen in die Familienversicherung:

- Beginn meiner Mitgliedschaft
 Geburt des Kindes
 Heirat
 Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des/der Angehörigen
 Sonstiges

➤ Familienstand des Mitglieds: ledig
 verheiratet
 getrennt lebend
 geschieden seit
 verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LpartG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner/in“ zu machen)

➤ Beginn der Familienversicherung

➤ Bei Rückfragen bitte die Telefonnummer nutzen (freiwillige Angabe).

➤ Bei Rückfragen bitte die E-Mail-Adresse nutzen (freiwillige Angabe).

ANGABEN ZU FAMILIENANGEHÖRIGEN

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir **einzelne Angaben zu Ihrem Ehe-/Lebenspartner/in auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner/in mit diesen Kindern verwandt ist.**

In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des/der Ehe-/Lebenspartners/in und – sofern diese/r nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem/ihrer Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

ALLGEMEINE ANGABEN ZU FAMILIENANGEHÖRIGEN				
	EHEPARTNER/IN	KIND	KIND	KIND
Name*/ ggf. Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>*Bitte fügen Sie bei abweichenden Nachnamen eine Heirats- bzw. Abstammungsurkunde in Kopie bei, wenn Sie diese Unterlagen nicht schon vorlegt haben.</small>				
Vornamen (laut Geburtsurkunde/Ausweis)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich u = unbestimmt, d = divers)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (u) <input type="checkbox"/> (d)
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind <small>(*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adaption zu verwenden.)</small>	xxx	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der/die Ehe-/Lebenspartner/ in mit dem Kind verwandt? <small>(Bitte nur bei fehlendem Verwandtschafts- verhältnis ankreuzen)</small>	xxx	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)
Eigene Rentenversicherungsnr. (RV-Nr.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versichertennummer <small>(Diese finden Sie auf der elektronischen Gesundheitskarte)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsland	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>


ANGABEN ZUR LETZTEN BISHERIGEN ODER ZUR WEITER BESTEHENDEN VERSICHERUNG DER FAMILIENANGEHÖRIGEN

	EHEPARTNER/IN	KIND	KIND	KIND
Die bisherige Versicherung - endete am: - bestand bei: (Name der Krankenkasse)	_____	_____	_____	_____
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde:	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung): Ist Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/in nicht gesetzlich krankenversichert, fügen Sie bitte eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei.		xxx	xxx	xxx

SONSTIGE ANGABEN ZU FAMILIENANGEHÖRIGEN

	EHEPARTNER/IN	KIND	KIND	KIND
Liegt eine selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit vor? Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beilegen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich): Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich):	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag): Bitte Kopie der Bescheide beilegen.	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen): Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beilegen	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/ Studium: Bei Kindern ab 23 Jahren bitte Schul-, Studien- oder sonstige Ausbildungsbescheinigung beifügen	xxx	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst: Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen	xxx	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

		
Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen
Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.		Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 9 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§ 9 Abs. 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Die Angaben zu Kontaktdaten (Email und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage <https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/>