

# Анкета для вступу до сімейного страхування

## (Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung)

**Загальна інформація: ми вимагаємо повну наступну інформацію, якщо має бути укладено сімейне страхування.** Сімейне страхування стосується лише ваших дітей? Однак інформація або подробиці про доходи вашого чоловіка/дружини (zareєстроване партнерство відповідно до Закону про життєве партнерство (LPartG)) потрібні, якщо вони не застраховані за законом та пов'язані з дітьми.

**(Allgemeine Angaben:** Folgende Angaben benötigen wir vollständig, wenn eine Familienversicherung durchgeführt werden soll. Die Familienversicherung betrifft nur Ihre Kinder? Es sind dennoch Auskünfte bzw. Angaben zu den Einkünften Ihres Ehepartners/Lebenspartners (eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)) erforderlich, wenn dieser nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist.)

### Інформація про учасника (Angaben zum Mitglied)

Прізвище, ім'я: (Name, Vorname)

Страховий номер: (Versicherten-Nr.)

**Сімейний стан:**  неодружений (ledig)  одружений (verheiratet)  живу окремо (getrennt lebend)

**(Familienstand)**

овдовівший (verwitwet)  розлучений з: (geschieden seit)

зареєстроване цивільне партнерство згідно Закону про цивільні партнерства  
(У цьому випадку необхідно надати інформацію про страхові відносини подружжя.)

eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

(In diesem Fall sind Angaben zum Versicherungsverhältnis des Ehegatten zu machen.)

**До цього я :**

**(Ich war bisher)**

застрахований через власне членство (im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert)

не застрахований державним страхуванням (nicht gesetzlich versichert)

був/була застрахований/а в рамках свого членського сімейного страхування  
(im Rahmen einer Familienversicherung versichert)

Назва лікарняної каси  
(Name der Krankenkasse)

### Причина включення до сімейного страхування: (Anlass für die Familienversicherung)

Початок мого членства (Beginn einer Mitgliedschaft)  Одруження (Heirat)

Народження дитини (Geburt eines Kinds)

Інше: (Sonstiges)

Припинення членства родича

(Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen)

**Мій**

**чоловік/дружина**

**(Mein Ehegatte /  
Lebenspartner)**

застрахований недержавним страхуванням (довідка про доходи)  
(ist nicht gesetzlich versichert (Einkommensnachweise erforderlich))

застрахований державним страхуванням

Каса:

(ist gesetzlich versichert (Name Krankenkasse))

телефон: (Telefon)

Ел.пошта: (E-Mail)

Зверніть увагу, що законодавчо не дозволено оформляти сімейне страхування в різних лікарняних касах одночасно. Тому, будь ласка, переконайтеся, що подвійне сімейне страхування виключено.

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

## Анкета для вступу до сімейного страхування (Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung)

Прізвище, ім'я: (Name, Vorname)		Страховий номер: (Versichertennummer)		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
	чоловік/дружина (Ehegatte)	дитина (Kind)	дитина (Kind)	дитина (Kind)
Прізвище <sup>1</sup> (Name)				
Ім'я (Vorname)				
Дата народження (Geburtsdatum)				
Стать (Geschlecht)				
Адреса, яка відрізняється від адреси члена (Ggf. abweichende Anschrift)				
Початок страхування (Beginn der Familienversicherung)				
Сімейні стосунки члена з дитиною (*Позначення "біологічна дитина" також використовується у разі усиновлення) Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (wählen Sie „leibliches Kind“ auch bei Adoption)		<input type="checkbox"/> біологічна дитина (leibliches Kind) <input type="checkbox"/> пасинок/падчерка (Stiefkind) <input type="checkbox"/> онук/онучка (Enkelkind) <input type="checkbox"/> прийомна дитина (Pflegekind)	<input type="checkbox"/> біологічна дитина (leibliches Kind) <input type="checkbox"/> пасинок/падчерка (Stiefkind) <input type="checkbox"/> онук/онучка (Enkelkind) <input type="checkbox"/> прийомна дитина (Pflegekind)	<input type="checkbox"/> біологічна дитина (leibliches Kind) <input type="checkbox"/> пасинок/падчерка (Stiefkind) <input type="checkbox"/> онук/онучка (Enkelkind) <input type="checkbox"/> прийомна дитина (Pflegekind)
Чи чоловік/дружина має сімейні стосунки з дитиною? (Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?)		<input type="checkbox"/> ні (nein)	<input type="checkbox"/> ні (nein)	<input type="checkbox"/> ні (nein)
	поставте галочку, якщо немає родинних стосунків (nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)			
Попереднє страхування закінчилося (Die bisherige Versicherung endete am)				
Назва попередньої каси (Name der Versicherung)				
Тип попереднього страхування (Art der vorherigen Versicherung)	<input type="checkbox"/> членство (Mitgliedschaft) <input type="checkbox"/> сімейне Страхування (Familienver- sicherung) <input type="checkbox"/> недержавне (nicht gesetzlich)	<input type="checkbox"/> членство (Mitgliedschaft) <input type="checkbox"/> сімейне Страхування (Familienver- sicherung) <input type="checkbox"/> недержавне (nicht gesetzlich)	<input type="checkbox"/> членство (Mitgliedschaft) <input type="checkbox"/> сімейне Страхування (Familienver- sicherung) <input type="checkbox"/> недержавне (nicht gesetzlich)	<input type="checkbox"/> членство (Mitgliedschaft) <input type="checkbox"/> сімейне Страхування (Familienver- sicherung) <input type="checkbox"/> недержавне (nicht gesetzlich)

<sup>1</sup> Якщо ім'я члена та члена сім'ї не збігаються, то треба підтвердити відносини цивільного стану відповідними документами (наприклад, свідоцтвом про шлюб, свідоцтвом про цивільне партнерство, свідоцтвом про народження) або - якщо це неможливо - підтверджується один раз іншими відповідними документами (наприклад, повідомлення про допомогу на дитину).

(<sup>1</sup> Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.)

**Анкета для вступу до сімейного страхування  
(Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung)**

Прізвище, ім'я: (Name, Vorname)		Страховий номер: (Versichertennummer)		
	чоловік/дружина (Ehegatte)	дитина (Kind)	дитина (Kind)	дитина (Kind)
Прізвище (Name)				
ім'я (Vorname)				
Ім'я та прізвище особи, від членства якої було отримано сімейне страхування. (Vor- und Nachname des Mitglieds, sofern eine Familienversicherung bestand)				
Діє попереднє страхування у (Die bisherige Versicherung besteht weiter bei)		-	-	-
	Медицина страховка (Krankenversicherung)			
Самозайнятість (Selbstständige Tätigkeit)	<input type="checkbox"/> так (ja)	<input type="checkbox"/> так (ja)	<input type="checkbox"/> так (ja)	<input type="checkbox"/> так (ja)
Прибуток від самозайнятості щомісячно (Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (mtl.))	євро (€)	Євро (€)	Євро (€)	Євро (€)
будь ласка, додайте копію поточного нарахування податку на прибуток (bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen)				
державні, закордонні, інші пенсії, пенсійні виплати компанії, виплати (щомісячно) (Gesetzliche, ausländische, sonstige Renten, Betriebsrente, Versorgungsbezüge (mtl.))	Євро (€)	Євро (€)	Євро (€)	Євро (€)
	Вид доходу (Art der Einkünfte)	Вид доходу (Art der Einkünfte)	Вид доходу (Art der Einkünfte)	Вид доходу (Art der Einkünfte)
Інші регулярні доходи у розумінні законодавства про податок на прибуток (Sonstige regelmäßige mtl. Einkünfte im Sinne d. Einkommensteuerrechts)	Євро (€)	Євро (€)	Євро (€)	Євро (€)
	Вид доходу (Art der Einkünfte)	Вид доходу (Art der Einkünfte)	Вид доходу (Art der Einkünfte)	Вид доходу (Art der Einkünfte)
брутто заробітна плата від більш ніж мініробота, дохід від оренди та лізингу, дохід від основних засобів, компенсація за втрату роботи (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)).				
Доход від мініроботи (щомісяч.) (Entgelt aus geringfügiger Beschäftigung (mtl.))	Євро (€)	Євро (€)	Євро (€)	Євро (€)
Навчання в школі/навчальному закладі (Schulbesuch/Studium)		з (vom) до (bis)	з (vom) до (bis)	з (vom) до (bis)
Для членів сім'ї віком від 23 років додайте довідку про навчання (bitte bei Angehörigen ab 23 Jahren eine Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)				

## Анкета для вступу до сімейного страхування (Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung)

Прізвище, ім'я: (Name, Vorname)

Страховий номер: (Versichertennummer)

	чоловік/дружина (Ehegatte)	ДИТИНА (Kind)	ДИТИНА (Kind)	ДИТИНА (Kind)
Прізвище (Name)				
ім'я (Vorname)				
Військова служба або передбачена законом добровільна служба (Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst)		з (vom) до (bis)	з (vom) до (bis)	з (vom) до (bis)
		будьласка, додайте довідку про службу (bitte Dienstbescheinigung beifügen)		
Номер пенсійного Страхування (Rentenversicherungs-Nr.)				
Громадянство (Staatsangehörigkeit)				
Прізвище при народженні (Geburtsname)				
Місце народження (Geburtsort)				
Країна народження (Geburtsland)				

**Повідомлення про захист даних:** лікарняна каса Mobil Krankenkasse (офіс: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Тел.: 0800 255 0800, E-Mail: [info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)) як обробник даних вимагає необхідну інформацію для перевірки та визначення сімейного страхування в рамках розділу 10 Соціального кодексу (SGB) V, § 25 SGB XI, стаття 13 Регламенту (ЄС) 2016/679 7 Закону про страхування фермерів на випадок хвороби (KVLG) 1989, § 25 Соціального кодексу (SGB) XI. Добровільні контактні дані використовуються лише для запитань щодо ваших страхових відносин. більше інформації [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

**(Datenschutzhinweis:** Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: [info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Feststellung der Familienversicherung im Rahmen von § 10 Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 25 SGB XI, Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679, § 284 SGB V und § 7 KVLG 1989. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz))

Я підтверджую вірність інформації. Я негайно повідомлю вас про майбутні зміни. Це стосується, зокрема, якщо доходи мого вищезгаданого члена сім'ї змінилися (наприклад, наприклад, нове повідомлення про податок на прибуток, прийняття на роботу) або один із цих членів сім'ї став членом (іншої) лікарняної каси. (Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner oben angegebenen Angehörigen verändert, z. B. ein neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit vorliegt oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.)

місце, дата  
(Ort, Datum)

Підпис члена  
(Unterschrift des Mitglieds)

Підпис члена сім'ї  
(Ggf. Unterschrift der Angehörigen)

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. (Mit der Unterschrift erkläre ich, dass meine Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten zugestimmt haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Angehörigen aus.)

### Будь ласка, заповніть ці сторінки та надішліть її назад

(Senden Sie bitte diese Seiten ausgefüllt zurück)



**поштою:**  
(Per Post)  
Mobil Krankenkasse  
20091 Hamburg

**електронна пошта:**  
(E-Mail)  
Відскануйте документи та надішліть  
(Unterlagen scannen und senden an)  
[info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)

**через App MOBIL ME:**  
(Per App MOBIL ME)  
Фотографуйте та  
завантажуйте документи  
(Unterlagen fotografieren und hochladen)