Vor- und Nachname KV-Nr.

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

► Ich war bisher

[X] im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft > versichert bei AOK Rheinland/Hamburg
Name und Sitz der Krankenkasse

[ ] im Rahmen einer Familienversicherung

[ ] nicht gesetzlich krankenversichert

► Ihr Familienstand (семейное положение)

[ ] ledig (одинокий) [ ] verheiratet seit (женат с (дата)) [ ] getrennt lebend seit (живём раздельно с)

[ ] verwitwet seit (вдовец/вдова с) [ ] geschieden seit (разведён/на с)

[ ] Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG seit

(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

[ ] Ich habe keine Familienangehörigen, die mitversichert werden sollen. Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall nur auf der zweiten Seite. (У меня нет членов семьи, которые должны быть застрахованы со мной)

► Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung: (причины принятия в семейного страхования)

[ ] Beginn meiner Mitgliedschaft (начало моего) [ ] Geburt des Kindes (рождение ребенка) [ ] Heirat (женитьба)

[ ] Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen (окончание предыдущей страховки) [ ] Sonstiges

[ ] Zuzug aus dem Ausland (въезд из-за границы)

► Beginn der Familienversicherung sofort

Bei Rückfragen (freiwillige Angabe)

► Meine Telefonnummer (телефон (по желанию))

► Meine E-Mail-Adresse (E-Mail (по желанию))

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 auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist.** In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartners und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem 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

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name* (Фамилия)	супруг/-а	ребёнок	ребёнок	ребёнок
*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.				
Vorname (имя)				
Geschlecht (m = männl., w = weibl., x = unbestimmt, d = divers) (пол)	[M] m [Ж] w [ ] x [ ] d	[ ] m [ ] w [ ] x [ ] d	[ ] m [ ] w [ ] x [ ] d	[ ] m [ ] w [ ] x [ ] d
Geburtsdatum	дата рождения			
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	адрес (если отличается от адреса заявителя(			
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (родство заяителя с ребёнком) (*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)		[ ] leibliches Kind* [ ] Stiefkind [ ] Enkel [ ] Pflegekind	[ ] родной [ ] усыновлённый [ ] внук [ ] под опекой	[ ] leibliches Kind* [ ] Stiefkind [ ] Enkel [ ] Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen.) (супруг/-а является родным для ребёнка? (отмечать только есть нет))		[ ] nein	[ ] nein	[ ] nein

Bitte unterschreiben Sie auf Seite 2.

Vor- und Nachname	KV-Nr.

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen данные о предыдущей страховке

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Vorname				
Die bisherige Versicherung - endete am: - bestand bei: (Name der Krankenkasse)	----	ставим прочерки		
Art der bisherigen Versicherung:	☐ Mitgliedschaft ☐ Familien-versicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familien-versicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familien-versicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familien-versicherung ☐ 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).		_____	_____	_____

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen прочие данные о членах семьи

Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich) зарплата (брутто)	Euro	Euro	Euro	Euro
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) пенсия	Euro	Euro	Euro	Euro
Selbstständige Tätigkeit liegt vor самозанятость	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen. доходы от самозанятости	Euro	Euro	Euro	Euro
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (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) прочие доходы	Euro (Art der Einkünfte)	Euro (Art der Einkünfte)	Euro (Art der Einkünfte)	Euro (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium школа / университет (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)		vom от bis до	vom bis	vom bis
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Bescheinigung beifügen)		vom bis ставим прочерк	vom bis	vom bis

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

Eigene Rentenversicherungsnummer	номер пенсионного страхования		
Geburtsname	фамилия при рождении		
Geburtsort und Geburtsland	город и страна рождения		
Staatsangehörigkeit	гражданство		

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.

дата

Datum (TTMMJJJJ)

подпись заявителя

Unterschrift des Mitglieds

подпись супруга или ребёнка *если совершеннолетний)

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.

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Nr. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Durchführung der Familienversicherung nach § 10 SGB V; § 7 KVLG und § 25 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Beachten Sie bitte, dass fehlende Mitwirkung zu Nachteilen bei der Durchführung der Familienversicherung führen kann. Ihre Daten dürfen wir im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse an Dritte oder an Dienstleister weiterleiten, die von uns beauftragt wurden. Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte finden Sie unter www.aok.de/bw/datenschutzrechte.