

Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung

KKH

免费家庭综合保险信息表

(Allgemeine Informationen finden Sie unter: kkh.de/familienversicherung)

(基本资料请参阅: kkh.de/familienversicherung)

Allgemeine Angaben des Mitglieds

会员基本信息

Name, Vorname (Mitglied) _____
姓氏、名字 (会员)

Anschrift _____
通信地址

Geburtsdatum _____ Servicezeichen _____
出生日期 服务编号

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
婚姻状况 未婚 已婚 分居 离异 丧偶

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (In diesem Fall sind die Angaben jeweils unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen.)
已根据德国《生活伴侣法》- LPartG 登记的伴侣关系 (在这种情况下, 请将信息相应填写在“配偶”栏中。)

Anlass für die Aufnahme meines/meiner Angehörigen in die Familienversicherung: Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat
将我的家庭成员纳入家庭综合保险的原因: 我本人开始拥有会员资格 子女出生 婚姻

Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen Zuzug aus dem Ausland Sonstiges _____
终止家庭成员之前的会员资格 从国外迁入 其他

Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ (Angabe freiwillig) Mobil-Nummer _____ (Angabe freiwillig)
白天可以通过固定电话 (自愿填写) 手机号码 (自愿填写)

oder per E-Mail _____ (Angabe freiwillig) zu erreichen.
或者电子邮箱 (自愿填写) 和我取得联系。

Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner¹⁾ bei Familienversicherung von Kindern

配偶/伴侣¹⁾信息 (针对子女的家庭综合保险)

Nachfolgende Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner¹⁾ benötigen wir auch dann, wenn ausschließlich Ihre Kinder bei uns familienversichert werden sollen und Ihr Ehegatte/Lebenspartner¹⁾ mit diesen verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners¹⁾ und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich. Hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.

只要您的子女作为您的家庭成员于我们这投保, 并且您的伴侣与他们有亲属关系, 则还需要您伴侣的以下信息。在这种情况下, 除了一般信息外, 您还需要有关伴侣的保险信息, 如果您的伴侣未依法投保, 则还需要有关其收入的其他信息。收入必须以收入证明的形式进行核实。在提供收入信息时, 不考虑因不同的家庭状况而支付的额外款项。

Name, Vorname _____ ggf. abweichende Anschrift _____
姓、名 其他通信地址 (如有)

Mein Ehe-/Lebenspartner¹⁾ ist selbst gesetzlich krankenversichert (Mitglied) familienversichert nicht gesetzlich versichert.
我的配偶/伴侣 已参加法定医疗保险 (会员) 家庭综合保险 未参加法定保险。

Name/Sitz der Krankenversicherung _____ Höhe seiner mtl. Einkünfte _____ €
医疗保险公司名称/所在地 月收入金额

Einkommensart (z. B. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt etc.) _____
收入类型 (例如自主经营人士的收入、劳动报酬等)

Das Gesamteinkommen meines Ehe-/Lebenspartners¹⁾ ist regelmäßig höher als mein eigenes. ja
配偶/伴侣的总收入通常高于我自己的收入 是

¹⁾ Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

¹⁾ 生活伴侣是指已根据德国《同性伴侣法》(LPartG) 宣布其伴侣关系的同性伴侣。

Bitte wenden!
请翻页!

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen 家庭成员基本信息

Eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen ist rechtlich nicht zulässig. Bitte stellen Sie mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.
法律不允许同时在不同的医疗保险公司参加家庭综合保险。请务必确保未重复参加家庭综合保险。

Ehegatte w m x d²⁾ Kind w m x d²⁾ Kind w m x d²⁾
配偶 w m x d²⁾ 子女 w m x d²⁾ 子女 w m x d²⁾

Familienversicherung wird beantragt ab
申请参加家庭综合保险的起始日期

Name
姓氏

(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 (z. B. weil sie durch Flucht oder Vertreibung zurückgelassen wurden oder verloren gegangen sind) – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.)
(如会员和家属的姓名不一致, 请附上证明, 例如结婚证书、伴侣关系证明、出生证) 或如果无法提交 (例如因为避难或驱逐出境而被遗忘或丢失), 则可以使用其他适合的文件 (例如儿童补助金的信息) 予以证明。

Vorname
名字

Geburtsdatum
出生日期

ggf. abweichende Anschrift
其他通信地址 (如有)

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied
与会员的亲属关系

leibl. Kind³⁾ Stiefkind leibl. Kind³⁾ Stiefkind
亲生子女³⁾ 继子女 亲生子女³⁾ 继子女
 Enkel Pflegekind Enkel Pflegekind
(外) 孙子女 养子女 (外) 孙子女 养子女

Der Ehegatte des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt
会员的配偶与子女有亲属关系。

nein nein
否 否

Angaben zur Vorversicherung der Familienangehörigen 家庭成员预先投保的信息

	Ehegatte 配偶	Kind 子女	Kind 子女
Bisherige Krankenversicherung 截至目前参加的医疗保险	_____	_____	_____
bis 截止日期	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert 自行参加法定医疗保险	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert 自行参加法定医疗保险	<input type="checkbox"/> selbst gesetzlich versichert 自行参加法定医疗保险
	<input type="checkbox"/> privat versichert 参加私人医疗保险	<input type="checkbox"/> privat versichert 参加私人医疗保险	<input type="checkbox"/> privat versichert 参加私人医疗保险
	<input type="checkbox"/> familienversichert bei 参加家庭综合保险	<input type="checkbox"/> familienversichert bei 参加家庭综合保险	<input type="checkbox"/> familienversichert bei 参加家庭综合保险
Name, Vorname 姓氏, 名字	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> nicht versichert 未参保	<input type="checkbox"/> nicht versichert 未参保	<input type="checkbox"/> nicht versichert 未参保

²⁾ w = weiblich, m = männlich, x = unbestimmt, d = divers

²⁾ w = 女性, m = 男性, x = 不确定, d = 其他

³⁾ Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden

³⁾ “亲生子女” 也包括养子女。

Bitte wenden!
请翻页!

Sonstige Angaben zu den Familienangehörigen
家庭成员的其他信息

	Ehegatte 配偶	Kind 子女	Kind 子女
Selbstständige Tätigkeit liegt vor. 存在个体经营工作。	<input type="checkbox"/> ja 是	<input type="checkbox"/> ja 是	<input type="checkbox"/> ja 是
Es werden Arbeitnehmer beschäftigt. 聘用有雇员。	<input type="checkbox"/> ja 是	<input type="checkbox"/> ja 是	<input type="checkbox"/> ja 是
Höhe des Gewinns 盈利	monatl. _____ € 每月	monatl. _____ € 每月	monat _____ € 每月
(Bitte Kopie des Einkommensteuerbescheides beifügen!) (请附上所得税征税单!)			
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatl.) 微型工作总收入 (每月)	_____ €	_____ €	_____ €
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) Bitte Nachweise beifügen! 法定养老金、退抚金、企业养老金、 国外养老金、其他养老金 (月付金额) 请附上证明!	_____ €	_____ €	_____ €
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 Nachweise beifügen) 《所得税法》规定的其他常规性月收入 (例如多份微型工作的总收入、出租和租赁的 收入、资本资产的收入 – 请附上证明)	_____ €	_____ €	_____ €
	Art der Einkünfte 收入类型	Art der Einkünfte 收入类型	Art der Einkünfte 收入类型
Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) 其他收入 (例如失业遣散费)	_____ €	_____ €	_____ €
Schule/Studium vom ... 入学/入大学的起始日期	_____	_____	_____
bis voraussichtlich ... (ab 23 Jahren bitte Nachweis beifügen) 预计截止日期 ... (超过 23 岁请附上证件)	_____	_____	_____
Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst von ... bis ... (bitte Nachweis beifügen) 义务兵役或者合法志愿兵役, 从.....到..... (请附上证明)	_____	_____	_____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige (bitte immer ausfüllen)
为参加家庭综合保险的家庭成员分配医疗保险号码的信息 (请始终填写)

	Ehegatte 配偶	Kind 子女	Kind 子女
Rentenversicherungsnummer 养老保险编号	_____	_____	_____
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde: 仅在尚未分配养老保险编号时才需要以下信息:			
Geburtsname 出生姓氏	_____	_____	_____
Geburtsort 出生地	_____	_____	_____
Geburtsland 出生国家	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit 国籍	_____	_____	_____

Bitte wenden!
请翻页!

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt besonders, wenn sich das Einkommen meiner oben angegebenen Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbständiger Tätigkeit) oder diese Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.

我确认信息正确。如有变动，我会立即通知贵方。如果上述家庭成员的收入变化（例如自主经营工作的新所得税征税单），或成为（不同）医疗保险公司的会员，该条尤其适用。

Ort, Datum 地点, 日期	 Unterschrift des Mitglieds 会员签名	 ggf. Unterschrift der Familienangehörigen 必要时的家庭成员签名
----------------------	---	--

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 oder dessen gesetzlichen Vertreters aus.

我以此签字确认，必要数据的提交已征得家庭成员的同意。分开居住的家庭成员，只需本人签名或其法定代理人签名即可。

Datenschutz

数据保护

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

数据保护说明 ((EU) 2016/679 条例第 13 条)：为便于对家庭综合保险进行评估，您需要根据德国《社会保障法》(SGB) 第五卷第 10 条第 6 款、第 289 条的要求进行配合。为便于确定保险关系，需要采集这些数据（德国《社会保障法》第五卷第 10、284 条，1989 年《农业人员医疗保险法》(KVLG) 第 7 条，德国《社会保障法》第十一卷第 25 条）。自愿告知的联系信息仅用于咨询您的保险关系。

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an die KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover.

请将填写好的申请表发送给 KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover.