

# 参保声明

  Beitrittserklärung

# KKH

## 成员一般信息

Allgemeine Angaben zum Mitglied

是, 我将成为 \_\_\_\_\_ KKH 的成员。

Ja, ich werde zum (...) Mitglied der KKH.

\_\_\_\_\_  
(学历头衔) 姓氏、名字 | (Akad. Grad) Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
出生姓氏 (如有) | Ggf. Geburtsname 出生日期 | Geburtsdatum

性别:  女性  男性  多元性别\*  未确定  
Geschlecht: weiblich männlich divers\* unbestimmt

\_\_\_\_\_  
出生地 | Geburtsort 国籍 | Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
街道、门牌号 | Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
具体地址 | Adresszusatz

\_\_\_\_\_  
邮编 | PLZ 地点 | Ort

\_\_\_\_\_  
电话号码\*\* | Telefonnummer\*\* 电子邮箱\*\* | E-Mail\*\*

我的个人情况:  单身  已婚  已有伴侣\*\*\*  
Ich bin: ledig verheiratet verpartnert\*\*\*  
 离婚  丧偶  
geschieden verwitwet

\_\_\_\_\_  
养老保险号码 (RVNR) | Rentenversicherungsnummer  无  
noch keine vorhanden

\_\_\_\_\_  
健康保险号码 (KVNR) | Krankenversicherungsnummer (KVNR)  无  
noch keine vorhanden

## 出于以下原因, 我想更换我的医疗保险机构

Ich möchte aus folgendem Grund die Krankenkasse wechseln

- 更换雇主/开始就业  
Arbeitgeberwechsel/Aufnahme Beschäftigung
- 进入失业状态  
Eintritt in die Arbeitslosigkeit
- 成为自营人员  
Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit
- 开始学习  
Aufnahme eines Studiums
- 约束期限到期/合约终止  
Ablauf der Bindefrist/Kündigung
- 当前的医疗保险机构增加额外收费  
Erhöhung des Zusatzbeitrages meiner bisherigen Krankenkasse
- 出于因其他原因更换  
Wechsel aus anderen Gründen
- 从境外迁入  
Zuzug aus dem Ausland

## 保险一般信息

Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz

我是..... | Ich bin ...

- 在职人员  
in einem Beschäftigungsverhältnis
- 接受培训人员  
in einer Ausbildung
- 在读人员  
im Studium
- 自营人员  
selbstständig
- 正领取养老金  
im Rentenbezug
- 正领取退休金或公职津贴  
im Pensions- oder Beamtenbezug
- 正领取失业救济金/公民津贴 (ALG II)  
im Bezug von Arbeitslosengeld/Bürgergeld (ALG II)
- 其他  
Sonstiges

\_\_\_\_\_  
公司编号 | Betriebsnummer

\_\_\_\_\_  
雇主/大学/职业介绍所/就业中心/养老金发放机构名称 |  
Name Arbeitgeber/Hochschule/Agentur für Arbeit/Jobcenter/Rententräger

\_\_\_\_\_  
客户编号 (职业介绍所) /BG 编号 (就业中心) |  
Kundennummer (Agentur für Arbeit)/BG-Nummer (Jobcenter)

\_\_\_\_\_  
街道、门牌号 | Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
邮编 | Postleitzahl 地点 | Ort

\_\_\_\_\_  
国家 | Land

\_\_\_\_\_  
就业/失业/就读/领取养老金自 年工资总额 (单位: 欧元)  
Beschäftigt/arbeitslos/im Studium/Rente seit jährliches Bruttoentgelt (in €)

- 我与雇主有婚姻/亲属关系。  
Ich bin mit dem Arbeitgeber verheiratet/verwandt.  
 丈夫/妻子  父亲/母亲  爷爷/母亲  
Ehemann/-frau Vater/Mutter Großvater/-mutter
- 我是该公司 (企业) 的总经理, 并有一定的股份。  
Ich bin Geschäftsführer und an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.

## 我最近一次参保情况如下:

Ich war zuletzt versichert:

- 强制参保成员 (如雇员、学生、退休人员)  
Pflichtmitglied (z. B. Arbeitnehmer, Student, Rentner)
- 自愿参保成员 (如雇员、自营人员、儿童、学生、配偶)  
freiwilliges Mitglied (z. B. Arbeitnehmer, Selbstständiger, Kind, Student, Ehegatte)
- 私人医疗保险/免费医疗/医疗补助  
privat krankenversichert/Freie Heilfürsorge/Beihilfe
- 家庭参保  
familienversichert



\* 根据《个人身份法》(PStG) 第 22 条第 3 款所述的多元性别 \*\* 自愿提供的信息 \*\*\* 生活伴侣是指根据《同性伴侣生活关系法》(LPartG) 宣布双方互为伴侣关系的同性人。

\*divers im Sinne des § 22 Abs. 3 PStG \*\* freiwillige Angabe \*\*\* Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Partnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

境外参保

im Ausland versichert

自 | von \_\_\_\_\_ 至 | bis \_\_\_\_\_

当前医疗保险机构名称 (私人、法定、境外)  
Name der derzeitigen Krankenkasse (private, gesetzliche, ausländische)

德国法定医疗保险机构代码  
Institutskennzeichen der gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland

上述医疗保险机构的地址  
Anschrift der o. g. Krankenkasse

国际保险号码 | Internationale Versicherungsnummer

从境外迁入时开始

Beginn mit Zuzug aus dem Ausland

非从境外迁入时开始

Beginn nicht mit Zuzug aus dem Ausland

我想在德国首次参保。

Ich möchte mich erstmalig in Deutschland versichern.

我来自欧盟国家。

Ich komme aus einem EU-Land.

我在境外合法参保。

Ich war im Ausland gesetzlich versichert.

**学生额外填写信息:**

Zusätzliche Angaben bei Studenten:

我申请每月缴费。

Ich beantrage die monatliche Beitragszahlung.

我开始攻读我的首个学位课程。

Ich beginne mein Erststudium.

**退休人员额外填写信息:**

Zusätzliche Angaben bei Rentnern:

我领取着以下养老金

Ich erhalte folgende Rente/n

孤儿抚恤金

Waisenrente

养老金

Altersrente

寡妇/鳏夫抚恤金

Witwen-/Witwerrente

残疾抚恤金

Erwerbsminderungsrente

我通过以下机构领取着企业养老金或养老福利:

Ich erhalte eine Betriebsrente oder Versorgungsbezug durch:

机构名称 | Name des Trägers

**其他收入/保险情况:**

Weitere Einkünfte/Versicherungstatbestände:

我有其他工作。

Ich habe eine weitere Beschäftigung.

我领取着其他退休福利 (例如孤儿抚恤金、寡妇/鳏夫抚恤金、职业退休金或养老福利)。

Ich beziehe eine zusätzliche Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug).

我还同时领取着公民津贴 (ALG II)。

Ich beziehe zusätzlich Bürgergeld (ALG II).

我同时也在上学。

Ich studiere nebenbei.

我同时从事个体经营。

Ich bin nebenbei selbstständig.

雇主/大学/职业介绍所/就业中心/养老金发放机构名称  
Name Arbeitgeber/Hochschule/Agentur für Arbeit/Jobcenter/Rententräger

就业/失业/就读/自营/养老金领取中/VSB 自  
Beschäftigt/arbeitslos/im Studium/selbstständig/Rente/VSB seit

**其他说明:**

Sonstiges:

我想让家庭成员免费参保。

Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern.

**KKH 的护理保险: 该注册包含 KKH 的护理保险在内。**

Pflegekasse bei der KKH: Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH mit ein.

我已免于缴纳社会护理保险的费用。

Ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit.

该信息是用于履行 KKH 的职责, 尤其是用于处理申请而必需提供的信息; 该数据根据《社会法典 V》(SGB V) 第 284 条和《社会法典 XI》(SGB XI) 第 94 条的规定进行收集和处理。更多与 数据处理和您的权利的相关信息, 请参阅随附信息和访问我们的网站kkh.de/datenschutz。本人签名确认本申请表上的所有信息正确无误。

Die Angaben sind zur Erfüllung der Aufgaben der KKH, insbesondere der Antragsbearbeitung, erforderlich; die Daten werden aufgrund § 284 SGB V und § 94 SGB XI erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte den beiliegenden Informationen sowie unserer Internetseite kkh.de/datenschutz. Die Richtigkeit aller Angaben auf diesem Antrag bestätige ich durch meine Unterschrift.



期  
Datum

签名  
Unterschrift