

Прізвище, ім'я члена

№: медичного страхування

Анкета для укладання договору сімейного страхування

Загальна інформація про члена (застрахованої особи)

| | |
|--|--|
| Раніше я <input type="checkbox"/> мав страхування у рамках особистого членства <input type="checkbox"/> мав сімейне страхування <input type="checkbox"/> не мав обов'язкового медичного страхування був застрахований у (назва та юридична адреса медичної страхової компанії) | Доступно по телефону протягом дня (вказується за бажанням) |
| Початок сімейного страхування з: _____ | Електронна пошта (вказується за бажанням) |
| Сімейний стан: <input type="checkbox"/> неодружений <input type="checkbox"/> одружений <input type="checkbox"/> вдівець <input type="checkbox"/> проживаю окремо <input type="checkbox"/> розлучений з <input type="checkbox"/> Зареєстроване цивільне партнерство (будь ласка, додайте дані під подружжям та копію свідоцтва) | |
| Причина укладання договору сімейного страхування: <input type="checkbox"/> Початок мого членства <input type="checkbox"/> Народження дитини (будь ласка, додайте свідоцтво про народження) <input type="checkbox"/> Одруження <input type="checkbox"/> Припинення попереднього особистого членства утриманця <input type="checkbox"/> Інше: _____ | |

Відомості про членів сім'ї

Наведені нижче дані, як правило, потрібні лише для тих членів сім'ї, які повинні мати сімейне страхування в нашій компанії. Відхиляючись від цього, нам також потрібна особиста інформація Вашого чоловіка/дружини/супутника життя, якщо у нас буде здійснюватися лише сімейне страхування Ваших дітей. У цьому випадку, крім загальних відомостей, потрібна інформація про страхування подружжя/супутника життя та – якщо подружжя/супутник життя не має обов'язкового страхування та споріднений з дітьми – про їхні доходи; у цьому випадку дохід має бути підтверджений довідками про доходи, а доплати, які виплачуються з урахуванням сімейного стану, не враховуються у відомостях про доходи.

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

| Загальні відомості про членів сім'ї | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | Подружжя | Дитина | Дитина | Дитина |
| Прізвище* * Будь ласка, додайте свідоцтво про шлюб або підтвердження батьківства, якщо Ваше подружжя/супутник життя або діти мають інше прізвище, і Ви ще не подавали ці документи. | | | | |
| Ім'я | | | | |
| Стать (ч = чоловіча, ж = жіноча) | <input type="checkbox"/> (ч) <input type="checkbox"/> (ж) | <input type="checkbox"/> (ч) <input type="checkbox"/> (ж) | <input type="checkbox"/> (ч) <input type="checkbox"/> (ж) | <input type="checkbox"/> (ч) <input type="checkbox"/> (ж) |
| Дата народження | | | | |
| можливо, адреса, яка відрізняється від адреси члена | | | | |
| Спорідненість члена з дитиною: (* Позначення «рідна дитина» також використовується у разі усиновлення) | XXX | <input type="checkbox"/> рідна дитина* <input type="checkbox"/> пасинок/падчерка <input type="checkbox"/> онук <input type="checkbox"/> прийомна дитина | <input type="checkbox"/> рідна дитина* <input type="checkbox"/> пасинок/падчерка <input type="checkbox"/> онук <input type="checkbox"/> прийомна дитина | <input type="checkbox"/> рідна дитина* <input type="checkbox"/> пасинок/падчерка <input type="checkbox"/> онук <input type="checkbox"/> прийомна дитина |
| Пасинок/падчерка чи онук назавжди інтегровані у домашню спільноту? | XXX | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| Подружжя споріднене з дитиною? (Будь ласка, позначте лише при відсутності спорідненості) | XXX | <input type="checkbox"/> (ні) | <input type="checkbox"/> (ні) | <input type="checkbox"/> (ні) |

| Відомості про останнє попереднє або поточне страхування членів сім'ї | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | Подружжя | Дитина | Дитина | Дитина |
| Попереднє страхування ○ закінчилося: ○ існувало у: (Назва компанії медичного страхування) ○ Номер медичного страхування: | | | | |
| Вид попереднього страхування: | <input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> не обов'язкове | <input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> не обов'язкове | <input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> не обов'язкове | <input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> не обов'язкове |
| Якщо сімейне страхування вже існувало, прізвище та ім'я особи, від членства якої було отримано сімейне страхування | (Ім'я) (Прізвище) | (Ім'я) (Прізвище) | (Ім'я) (Прізвище) | (Ім'я) (Прізвище) |
| Попереднє страхування залишається в силі: (Назва медичної каси / компанії медичного страхування) | | XXX | XXX | XXX |

| Інші відомості про членів сім'ї | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | Подружжя | Дитина | Дитина | Дитина |
| Присутня самозайнятість | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| Прибуток від самозайнятості (щомісячно). Будь ласка, додайте копію поточної довідки про нарахування податку на прибуток. | євро | євро | євро | євро |
| Валова заробітна плата від незначної зайнятості (щомісячно) | євро | євро | євро | євро |
| Чи нараховується допомога по безробіттю II? | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| Обов'язкова пенсія, пенсійні виплати, корпоративна пенсія, іноземна пенсія, інша пенсія (щомісячна виплата) | євро | євро | євро | євро |
| Інший регулярний щомісячний дохід у розумінні законодавства про податок на прибуток (наприклад, загальна заробітна плата від зайнятості, яка перевищує незначну, дохід від оренди та лізингу, дохід від капіталу) | (Вид доходів) | (Вид доходів) | (Вид доходів) | (Вид доходів) |
| Відвідування школи/вищого навчального закладу (для дітей віком від 23 років, будь ласка, додайте документ про навчання в школі або вищому навчальному закладі) | XXX | 3 по | 3 по | 3 по |
| Військова або громадська служба (будь ласка, додайте довідку про проходження служби) | XXX | 3 по | 3 по | 3 по |

| Відомості про присвоєння номера медичного страхування для членів сім'ї, які мають сімейне страхування | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Власний пенсійний страховий номер | | | | |
| Наведені нижче відомості також потрібні, якщо номер пенсійного страхування вже присвоєно. | | | | |
| Прізвище при народженні | | | | |
| Місце народження | | | | |
| Країна народження | | | | |
| Громадянство | | | | |

Я підтверджую точність відомостей. Я негайно повідомлю Вас про зміни. Це стосується, зокрема, якщо доходи моїх вищезгаданих членів сім'ї змінюються (наприклад, нова довідка про нарахування податку на прибуток при самозайнятості) або якщо вони стають членами (іншої) компанії медичного страхування.

| | |
|--|--|
| (Місце, дата) | (Підпис члена) |
| Підписом підтверджую, що отримав згоду членів сім'ї на надання необхідних даних. | |
| (Місце, дата) | (за необхідністю, підпис члена сім'ї) |
| Якщо члени сім'ї проживають окремо, достатньо підпису члена сім'ї. | |

Примітка щодо захисту даних:
Відомості необхідні відповідно до законодавства для визначення страхових відносин та членства (§§ 10, 284, 289 Соціального кодексу V, §§ 25, 94, 100 Соціального кодексу XI). Додаткову інформацію про обробку Ваших даних та Ваші права згідно з Загальним регламентом про захист даних (DS-GVO) можна знайти на нашому веб-сайті www.bahn-bkk.de/datenschutz. Ми також будемо раді надіслати вам цю інформацію. Для цього зателефонуйте нам за номером безкоштовного сервісу: 0800 22 46 255. Ви можете зв'язатися з нами щодня з 8:00 до 20:00.