

Анкета для включення до сімейного страхування

Дані застрахованої особи

► Я раніше був застрахований

у порядку особистого страхування

у порядку сімейного страхування

незастрахований

> у

Назва та місцезнаходження страхової медичної організації _____

Ваш сімейний стан неодружений одружений з (період) в процесі розлуч. з (період)

вдівець з (період) розлучений з (період)

цивільний шлюб відповідно до Закону про цивільне партнерство з (період)
(у цьому випадку інформація повинна бути надана у розділі "Подружжя")

У мене немає членів сім'ї, які повинні бути застраховані разом зі мною. У цьому випадку, будь ласка, підпишіться тільки на другій сторінці.

► ► Причина включення до сімейного страхування:

Початок мого страхування Народження дитини Шлюб

Припинення попереднього страхування члена сім'ї Інше

Імміграція з-за кордону

► Початок сімейного страхування _____

Якщо у вас виникли питання, (добровільна інформація)

► Мій номер тел.

► Моя адреса електронної пошти

Інформація про членів сім'ї

Зазвичай наступні дані потрібні тільки для тих членів сім'ї, які повинні бути застраховані у нас у порядку сімейного страхування. **На противагу цьому, нам необхідна окрема інформація про вашого чоловіка / партнера, навіть якщо ми хочемо тільки провести сімейне страхування для ваших дітей.** При цьому, крім загальної інформації, необхідна інформація про страхування чоловіка/ дружини/партнера та – якщо чоловік/ дружина/партнер не застрахований у встановленому законом порядку та не перебуває з дітьми у родинних стосунках – про його доходи; у цьому випадку доходи мають бути підтверджені довідкою про дохід, а доплати, враховуючи сімейний стан, повинні бути проігноровані в інформації про доходи.

Зверніть увагу, що одночасне здійснення сімейного страхування у різних компаніях медичного страхування є юридично неприйнятним. Тому, будь ласка, переконайтеся, на підставі Ваших даних, що подвійне страхування сім'ї виключається.

Загальна інформація про членів сім'ї

	Чоловік/ дружина	Дитина	Дитина	Дитина
Прізвище *				
*За відсутності однакових прізвищ між застрахованим та членом сім'ї відносини цивільного стану повинні бути підтверджені один раз відповідними документами (наприклад, свідоцтво про шлюб, свідоцтво про цивільне партнерство, свідоцтво про народження) або – якщо їх надання неможливе – іншими відповідними документами (наприклад, повідомлення про допомогу на дитину).				
Ім'я				
Стать (m = чол., w = жін., x = невизначена, d = інша.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x <input type="checkbox"/> d
Дата народження				
При необхідності, інша адреса застрахованого				
Відносини застрахованого з дитиною (* Термін "біологічна дитина" також слід використовувати у випадку усиновлення.)		<input type="checkbox"/> Біологічна дитина * <input type="checkbox"/> Пасинок <input type="checkbox"/> Онук/ онука <input type="checkbox"/> Прийомна дитина	<input type="checkbox"/> Біологічна дитина * <input type="checkbox"/> Пасинок <input type="checkbox"/> Онук/ онука <input type="checkbox"/> Прийомна дитина	<input type="checkbox"/> Біологічна дитина * <input type="checkbox"/> Пасинок <input type="checkbox"/> Онук/ онука <input type="checkbox"/> Прийомна дитина
Чи перебуває чоловік у родинних стосунках з дитиною? (Будь ласка, поставте відмітку тільки за відсутності родинних зав'язків.)		<input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> ні

--

Інформація про останнє попереднє або безперервне страхування членів сім'ї

	Чоловік/ дружина	Дитина	Дитина	Дитина
Ім'я				
Попередня страховка - закінчилась: - Була в: (назва медичного страхування)	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
Тип попередньої страховки:	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> Необязательное страхование	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> Необязательное страхование	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> Необязательное страхование	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> Необязательное страхование
Якщо сімейне страхування було останнім, прізвище та ім'я особи, від членства якої було отримано сімейне страхування.	..... (Ім'я) (Прізвище)	..... (Ім'я) (Прізвище)	..... (Ім'я) (Прізвище)	..... (Ім'я) (Прізвище)
Попередня страховка все ще існує у: (назва медичного фонду / медичного страхування).				

Інша інформація про членів сім'ї

Валова заробітна плата від граничної зайнятості (щомісяця)	..... Євро	..... Євро	..... Євро	..... Євро
Обов'язкова пенсія, доходи, отримані найманим працівником з каси взаємодопомоги, пенсія компанії, іноземна пенсія, інші пенсії (щомісячний розмір виплати)	..... Євро	..... Євро	..... Євро	..... Євро
Самозайнятість існує	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Так
Прибуток від самозайнятість (щомісяця) Будь ласка, додайте копію поточної оцінки податку на прибуток.	..... Євро	..... Євро	..... Євро	..... Євро
Інші регулярні щомісячні доходи в значенні закону про податок на прибуток (Наприклад, валова компенсація від більш ніж граничної зайнятості, дохід від оренди та лізингу, дохід від капітальних активів), інші доходи (Наприклад, вихідна допомога за втрату роботи).	..... Євро (Тип доходу)	..... Євро (Тип доходу)	..... Євро (Тип доходу)	..... Євро (Тип доходу)
Відвідування школи / навчання (Для дітей віком від 23 років, будь ласка, відвідайте школу або Додати свідоцтво про зарахування)		в і д..... д..... о.....	від..... до.....	від..... до.....
Військова служба або юридично регульована добровільна служба (Будь ласка, додайте справку)		в і д..... д..... о.....	від..... до.....	від..... до.....

Інформація про присвоєння номера медичного страхування для застрахованих сім'єю родичів

Власний номер пенсійного страхування				
Дівоче прізвище (прізвище при народженні)				
Місце і країна народження				
Громадянство				

Я підтверджую достовірність інформації. Я негайно повідомлю вас про будь-які зміни. Це стосується, зокрема, якщо доходи моїх вищезгаданих родичів змінюються (Наприклад, нова оцінка податку на прибуток для самозайнятості) або якщо вони стають членами (іншої) компанії медичного страхування.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата (ДДММРРРР) _____ Підпис Застрахованого _____ При необхідності, підпис членів сім'ї _____
 З підписом заявляю, що отримав згоду членів сім'ї на надання необхідних даних. _____ У випадку з розлученими членами сім'ї достатньо підпису члена сім'ї.

Дані будуть зібрані та оброблені для виконання наших завдань відповідно до § 284 (1) No 1 Соціального кодексу Німеччини V та § 94 (1) Соціального кодексу Німеччини XI з метою здійснення сімейного страхування відповідно до § 10 Соціального кодексу Німеччини V; § 7 Закон про медичне страхування фермерів та § 25 Соціального кодексу Німеччини XI. Ваша участь потрібна відповідно до § 60 Соціального кодексу Німеччини I. Зверніть увагу, що відсутність співпраці може призвести до недоліків при здійсненні сімейного страхування. Ми можемо передавати ваші дані третім особам або постачальникам послуг, замовленим нами в рамках юридичних зобов'язань та повноважень щодо повідомлення. Додаткову інформацію про обробку ваших даних і ваші права можна знайти в розділі www.aok.de/bw/datenschutzrechte.