

# ■ Так, я вибираю BARMER

Для свого членства я надаю таку інформацію:

# BARMER

Будь-ласка, заповніть латинськими (англійськими) літерами (як в іноземних документах)

## Персональна інформація

Прізвище, ім'я

Звернення ступінь доктор  
професор чи ін

Стать

w

m

d

u

не визначено

w = жіноча  
m = чоловіча  
d = різне  
u = не визначено

Вулиця/номер будинку

Номер телефону<sup>1)</sup>

Дата народження

Поштовий індекс

Місто

Електронна адреса<sup>1)</sup>

Мобільний<sup>1)</sup>

Номер пенсійного страхування

Прізвище при народженні<sup>2)</sup>

Громадянство<sup>2)</sup>

Місто та країна народження

## Інформація про коло осіб

Я є

учень

працівник

власник / керівник підприємства

з

я на основі розміру заробітної плати

підлягаю обов'язковому страхуванню

не підлягаю обов'язковому страхуванню

У медичному страхуванні

Я пов'язаний із роботодавцем, у шлюбі тощо

У роботодавця/компанії, адреса

Я студент

з

орієнтовно до

Будь-ласка, додайте свідоцтво про зарахування до університету!

Я (наприклад, самозайнятий, школяр, не працюю)

з

Я не працюю з

та отримую/буду отримувати з

виплати по безробіттю/виплати по безробіттю II<sup>4)</sup>

Я отримую встановлену законом пенсію з

або звернувся за призначенням пенсії

(стосується також пенсій, встановлених за кордоном<sup>4)</sup>)

Я маю дохід, схожий на пенсію (пенсія підприємства, пенсія тощо) або я отримував одноразову виплату капіталу протягом останніх десяти років<sup>4)</sup>

Я сільськогосподарський підприємець або член робочої родини сільськогосподарського підприємця

## Інформація про попереднє страхування

Я був востаннє застрахований з

по

в

касі медичного страхування

застрахований самостійно

Прізвище, ім'я

Дата народження

Страховий номер

сімейна страховка

Я не був з

Причина (наприклад, приватна страховка, в іноземній державі)

Причина зміни лікарняної каси

Зміна страхових відносин (наприклад, зміна роботодавця)

Закінчення терміну дії зобов'язань

Збільшення додаткового внеску за рахунок попередньої каси

## Загальна інформація

У мене є діти (також стосується пасинків, усиновлених або прийомних дітей; інформація потрібна для визначення внеску на довгострокове страхування по догляду)

Я знаю інших людей, які можуть бути зацікавлені в членстві в BARMER

Я надаю перевагу спілкуванню англійською

## Підпис



Дата, підпис

Членство в системі медичного страхування також, як правило, визначається як членство в страхуванні довгострокового догляду, за умови, що немає винятків із цього.

<sup>1)</sup> Добровільна інформація.

<sup>2)</sup> Інформація потрібна лише за відсутності номера пенсійного страхування.

<sup>3)</sup> Декларація про доходи за окремою формою.

<sup>4)</sup> Будь ласка, додайте докази.

**Інформація:** Ваші дані обробляються з метою роз'яснення страхових відносин відповідно до §§ 5 і далі Кодексу соціального забезпечення V та для збору внесків відповідно до розділів §§ і далі Кодексу соціального забезпечення V, 57 Кодексу соціального забезпечення XI. Компанія BARMER зберігає ці дані протягом 9 років. Дані, що стосуються страхових відносин (§§ 288 Кодексу соціального забезпечення V, 99 Кодексу соціального забезпечення XI), зберігаються максимум 30 років.

За умови дотримання юридичних вимог ви маєте право на отримання довідок, виправлення та видалення чи обмеження, а також право на перенесення даних.

Ви можете подати скаргу на обробку Ваших персональних даних до нас або до Федерального уповноваженого з питань захисту даних та свободи інформації.

Ви можете зв'язатися з нашим спеціалістом із захисту даних по електронній пошті [datenschutz@barmer.de](mailto:datenschutz@barmer.de) або за адресою: Ліхтшайдер Штрассе 89, 42285 Вупперталь.

GS-Nummer

GP-Nummer Vertriebspartner

# Сімейне страхування – я подаю заявку на безкоштовне співстрахування з місяця приєднання для наступних членів сім'ї

Повідомлення про захист даних: Ваші дані обробляються для роз'яснення страхових відносин відповідно до §§ 10 Кодексу соціального забезпечення V, 25 Кодексу соціального забезпечення XI. BARMER зберігає їх протягом 9 років, а потім видаляє їх. За умови дотримання юридичних вимог Ви маєте право на інформацію, виправлення та видалення чи обмеження, а також право на перенесення даних

	Член подружжя/партнер по життю <sup>1)</sup>	Член сім'ї	Член сім'ї	Член сім'ї
Ім'я				
Прізвище				
Адреса, якщо відрізняється				
Дата народження				
Прізвище при народженні <sup>2)</sup>				
Місце народження <sup>2)</sup>				
Громадянство <sup>2)</sup>				
Номер пенсійного страхування				
Стать w = жіноча m = чоловіча d = різне u = не визначено	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> u
Сімейні стосунки (заповніть: дочка, син, пасинок, прийомна дитина, онук, усиновлена дитина)				
Чи є подружжя/ партнер по життю спорідненим з дитиною? (Поставте галочку, лише якщо Ви не маєте стосунків)	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Ні
Попереднє страхування				
<input type="checkbox"/> Закінчилося:				
<input type="checkbox"/> Є (назва каси медичного страхування)				
Тип попереднього страхування	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> Не встановлене законом	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> Не встановлене законом	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> Не встановлене законом	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> Не встановлене законом
Якщо сімейне страхування існувало в останній час, ім'я та прізвище особи, від членства якої було отримано сімейне страхування	Ім'я Прізвище	Ім'я Прізвище	Ім'я Прізвище	Ім'я Прізвище
Попереднє страхування продовжує існувати з: (назва медичної страхової компанії/медичного страхування)				
Чи існують трудові відносини/самостійна зайнятість?	<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
Якщо так, будь ласка, вкажіть дату (з/до) та дайте відповідь на запитання від а) до с)				
а) регулярні щомісячні валовий дохід (Якщо Ви самозайнята особа: будь ласка, додайте свідчення про сплату податку на прибуток!)	€	€	€	€
б) незначна зайнятість від/до				
с) регулярна щомісячна заробітна плата бруто за незначну зайнятість	€	€	€	€
Додатковий середній дохід в рамках законодавства про податок на прибуток (наприклад, пенсія, пенсійні виплати, оренда, здача в оренду, процентний дохід)	€	€	€	€
Відвідування школи/навчання з/до (будь ласка, додайте сертифікат для дітей старше 23 років або подайте його пізніше)				
Тип школи/коледжу (наприклад, середня школа, реальна школа, гімназія) <sup>3)</sup>				
Рівень класу/семестр <sup>3)</sup>				
Військова служба або законодавчо врегульована добровільна служба з/до (будь ласка, додайте або надайте підтвердження служби пізніше)				

Я негайно повідомлю Вас про майбутні зміни. Це стосується, зокрема, якщо валовий дохід членів сім'ї, зазначених вище, збільшується або один із цих членів сім'ї стає членом (іншою) страхової компанії медичного страхування. Цим підписом я заявляю про згоду членів сім'ї на надання необхідних даних. Якщо члени сім'ї розлучені з іншими членами сім'ї, підпис може бути поставлений або самим членом сім'ї, або цими іншими членами сім'ї.

Дата	Підпис	Підпис члена сім'ї, якому виповнилося 15 років
------	--------	--

<sup>1)</sup> Нам також потрібна інформація про Вашого чоловіка/дружину/партнера по життю, якщо Ви хочете оформити у нас сімейне страхування для своїх дітей.

<sup>2)</sup> Партнери по життю – це одностатеві товариства у значенні Закону про партнерство

<sup>3)</sup> Інформація потрібна лише за відсутності номера пенсійного страхування

<sup>3)</sup> Добровільне розкриття інформації