

是的, 我选择 BARMER, 开始时间

为加入会员, 我特此提供以下信息:

BARMER

个人信息

姓氏, 名字	称呼	性别	f = 女士 m = 男士 o = 其他 u = 未确定
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> u	
街道/房屋门牌号	电话号码 ¹⁾	出生日期	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
邮政编码	城镇	邮箱地址 ¹⁾	移动电话号码 ¹⁾
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
养老保险号码	本名 ²⁾		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	出生地	国籍 ²⁾	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

其他的个人相关信息

我是 学徒 雇员 股东 / 总经理

基于工资数额, 我 必须投保 免于投保

雇主/公司, 地址

从/自

医疗保险: 我与雇主有亲属、婚姻或类似关系

我是大学生 从/自 至(预期) 请随附上入学证明!

我是(如个体经营者、中小学生、未就业者) 从/自 ³⁾

我失业的起始时间为 并自 开始领取/预计领取失业救济金 / 失业救济金 II⁴⁾

我领取法定养老金的起始时间为 或已申请养老金于 (同样适用于海外养老金)

我有类似养老金的收入(企业年金、退休金等), 或者在过去十年中收到过一次性的资金偿付⁴⁾

我是一个农业企业家或一个农业企业家的合作家庭成员

前保险信息

我最近一次保险是从 至 在 医疗保险公司

自己投保

参加家庭综合保险, 通过 姓氏, 名字 出生日期 保险人编号

我自 未法定投保 原因(例如私人投保, 海外)

保险更改原因 保险关系的变更(例如雇主变更) 承诺期满 先前的健康保险公司补缴款有所提高

一般信息

我有孩子(也包括继子女、领养子女或收养子女; 本信息用于确定护理保险的保费)

我认识其他可能有趣成为 BARMER 会员的人

我更喜欢用英语交流

签名

日期, 签名

医疗保险的成员资格一般也可作为护理保险成员资格的依据, 前提是未曾免除。

¹⁾ 自愿信息。
²⁾ 只有当没有提交养老保险号码的时候才需要该信息。
³⁾ 单独表格形式的收入声明。
⁴⁾ 请附上证明。

信息相关内容: 处理您的数据时, 如果是出于阐明保险关系目的, 将依照 § 5 ff. SGB V, 如果出于征收费用目的, 则将依照 § 226 ff. SGB V, 57 SGB XI. BARMER 将保存该数据 9 年。与保险关系相关的数据 (§ 5 § 288 SGB V, 99 SGB XI) 最多将保存 30 年。

只要满足法律要求, 您有权对该数据进行访问、更正和删除或限制, 还有权进行数据传输。

您可以向我们或者联邦数据保护和信息自由委员会就您个人信息的处理提出申诉。您可以通过以下电子邮件地址 datenschutz@barmer.de 联系我们的数据保护负责人或通过以下地址联系 Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal。

家庭综合保险——本人申请让以下家庭成员自参与保险的月份起加入免费的家庭共同保险项目

数据保护提示: 依据 § 10 SGB V, 25 SGB XI 处理您的数据, 用于阐明保险关系。BARMER 将其保存 9 年, 并在过了该期限之后将其删除。只要满足法律要求, 您有权对该数据进行访问、更正和删除或限制, 还有权进行数据传输。

	配偶/生活伴侣 ¹⁾	亲属	亲属	亲属
名				
姓				
不同地址 (如有)				
出生日期				
本名 ²⁾				
出生地 ²⁾				
国籍 ²⁾				
养老保险号码				
性别 f = 女士 m = 男士 o = 其他 u = 未确定	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> u	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> u
亲属关系 (请补充: 女儿、儿子、继子女、孙子女、收养子女、领养子女)				
配偶/生活伴侣是否与孩子有亲属关系? (请仅在没有亲属关系的情况下打勾)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 否
当前的保险				
<input type="checkbox"/> 结束日期:				
<input type="checkbox"/> 存续于 (医疗保险公司名称):				
前保险类型	<input type="checkbox"/> 成员资格 <input type="checkbox"/> 家庭综合保险 <input type="checkbox"/> 未法定	<input type="checkbox"/> 成员资格 <input type="checkbox"/> 家庭综合保险 <input type="checkbox"/> 未法定	<input type="checkbox"/> 成员资格 <input type="checkbox"/> 家庭综合保险 <input type="checkbox"/> 未法定	<input type="checkbox"/> 成员资格 <input type="checkbox"/> 家庭综合保险 <input type="checkbox"/> 未法定
如果已经存在家庭综合保险, 则产生家庭综合保险成员资格的人员的姓名	名 姓	名 姓	名 姓	名 姓
当前保险仍存续于 (医疗保险公司名称/医疗保险名称):				
是否存在雇佣关系/个体经营?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果存在上述就业情况, 请给出日期 (起止日期) 并回答问题 a) 至 c)				
a) 稳定的月净收入 (针对个体经营: 请附上最新的所得税额!)	€	€	€	€
b) 零散就业起止日期				
c) 稳定的零散就业月净收入额	€	€	€	€
所得税法规定的其他月收入 (如养老金、养老金支取、租金、租赁、利息收入)	€	€	€	€
上中小学/上大学起止日期 (对于超过 23 岁的孩子请附上或补交证明文件)				
中小学/高校类型 (例如初中、实科中学、文理中学) ³⁾				
年级/学期 ³⁾				
服役或法定规定的志愿服务的起止日期 (请附上或补交服役的证明文件)				

如果将来发生改动, 我将会立即通知您。尤其是当上述家庭成员的净收入增加或上述家庭成员之一成为其他医疗保险公司的保险成员时, 我会立即通知您。本人通过本签名声明, 我的家人同意披露必要的信息。针对与保险成员分开生活的家庭成员, 其签名可由该保险成员代签, 或由该家庭成员亲自签名。

日期	签名	年满 15 周岁的家庭成员签名
----	----	-----------------

¹⁾ 如果只需我方为您的孩子履行家庭综合保险, 则我方还需要您配偶/生活伴侣的信息。生活伴侣是指德国生活伴侣法所规定的同性伴侣关系。

²⁾ 只有当没有提交养老保险号码的时候才需要该信息。

³⁾ 自愿信息。