



Личные данные

Пол ж м д н
 ж = женский
 м = мужской
 д = другой
 н = неопределенный

Фамилия, имя, ученая степень _____ Дата рождения _____

Улица, номер дома _____ Номер телефона (указывается по желанию) _____ Адрес электронной почты (указывается по желанию) _____

Почтовый индекс _____ Населенный пункт _____ Фамилия при рождении _____ Гражданство _____

Номер пенсионной страховки _____ Место рождения _____ Страна рождения _____

Информация об основаниях для страхования

Ввиду размера моей заработной платы я

Я с _____ подлежу обязательному страхованию
 _____ не подлежу обязательному страхованию
 у работодателя/в компании, адрес _____

прохожу обучение на профессию _____
 работаю по найму _____
 учусь в ВУЗе _____
 предприниматель, ученик или не работаю _____
 безработный и получаю пособие по безработице/гражданское пособие _____
 получаю государственную пенсию или подал(-а) заявление на ее получение (относится также к выплате иностранных пенсий). Пожалуйста, приложите подтверждающий документ!
 получаю доходы, схожие с пенсионными выплатами, (например, пенсию от предприятия, пенсию по старости для чиновников) или за последние десять лет получил(-а) одновременную выплату страховой суммы. Пожалуйста, приложите подтверждающий документ!

Пожалуйста, приложите подтверждающий документ!
 Просьба заполнить декларацию о доходах на отдельном бланке
 Пожалуйста, приложите подтверждающий документ!

Данные о предыдущей страховке

Последний раз я был(-а) застрахован(-а) с _____ по _____ в больничной кассе _____

в рамках самострахования _____
 в рамках семейного страхования _____
 не имею обязательной страховки _____

При выборе варианта «в рамках семейного страхования» просьба указать фамилию и имя застрахованного лица _____

При выборе варианта «не имею обязательной страховки» просьба указать причину (например, страхование в частной компании, страхование за рубежом) _____

Основание для смены медицинского страхования Изменение основания страхования (например, из-за смены работодателя) Истечение срока действия Увеличение размера дополнительного взноса предыдущей страховой компанией

Семейное страхование

Я хочу получить бесплатную семейную страховку BARMER для моей семьи.

Общие данные

У меня есть дети (также относится к пасынкам/падчерицам, усыновленным или приемным детям; эта информация требуется для определения размера страхового взноса в рамках страхования на случай потребности в уходе)

Я знаю других людей, которые могут быть заинтересованы в членстве в BARMER.

Я предпочитаю общение на английском языке
 I prefer communication in English

Подпись

X _____
 Дата, подпись _____

Заключение договора страхования на случай болезни или несчастного случая, как правило, подразумевает также страхование на случай потребности в уходе, если не согласовано иное.

Для ознакомления: Ваши данные обрабатываются с целью выяснения условий страхования в соответствии с §§ 5 и след. Пятой книги Социального кодекса ФРГ (SGB V) и взимания взносов в соответствии с §§ 226 и след. Пятой книги Социального кодекса ФРГ (SGB V), § 57 Одиннадцатой книги Социального кодекса ФРГ (SGB XI). BARMER хранит эти данные в течение 9 лет. Сведения об условиях страхования (§ 288 SGB V, § 99 SGB XI) хранятся не более 30 лет.

Вы имеете право на получение, исправление, удаление или ограничение обработки данных, а также право на переносимость данных при условии соблюдения требований законодательства.

Вы можете подать жалобу на обработку Ваших персональных данных нам или Федеральному уполномоченному по защите данных и свободе информации. Вы можете связаться с нашим инспектором по защите персональных данных, отправив письмо по электронной почте datenschutz@barmer.de или по адресу: Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal (Германия).

Заполняется компанией BARMER

Номер GS

Номер GP партнера по сбыту

