

# Візерунок

Перевірка сімейного страхування з ... номер телефону: \_\_\_\_\_  
(за бажанням)

## 1. Мій сімейний статус:

- у шлюбі або у зареєстрованому цивільному партнерстві з \_\_\_\_\_
- розлучений/-а з \_\_\_\_\_  вдова\вдівець  роздільне проживання
- неодружений/-а

Нам потрібні дані вашого чоловіка/дружини/зареєстрованого цивільного партнера, навіть якщо ми надаємо сімейне страхування тільки для вашої дитини/дітей.

## 2. Інформація про мого чоловіка/дружину/зареєстрованого цивільного партнера:

Прізвище, ім'я: \_\_\_\_\_

Дата народження: \_\_\_\_\_

Адреса, якщо відрізняється: \_\_\_\_\_

## 3. Мій чоловік/дружина/зареєстрований цивільний партнер був з ... застрахований/-а в іншій медичній страховій касі:

- Ні, затрахований/-а у BARMER [продовжуйте на зворотному боці]  Так [далі з 3.1].

### 3.1 Дані про страхування в іншій медичній страховій касі:

від/до \_\_\_\_\_ у \_\_\_\_\_

Тип:  Членство [далі на зворотному боці]

Сімейне страхування [далі на зворотному боці]

не охоплений/-а обов'язковим страхуванням (наприклад, приватне страхування, безкоштовна медична допомога) [далі з п.4]

## 4. Мій чоловік/дружина/зареєстрований цивільний партнер є родичем щонайменше однієї дитини в сімейному страхуванні:

- Ні [далі на зворотному боці]  Так [далі з 5. і 6.]

## 5. Інформація про доходи мого чоловіка/дружини/зареєстрованого цивільного партнера за період з ...

- Працевлаштування (Будь ласка, додайте копію поточної заробітної плати)

від/до \_\_\_\_\_ Зарплата брутто (щомісяця): € \_\_\_\_\_

Одноразові виплати (наприклад, відпускні та різдвяні премії): € \_\_\_\_\_

- Самозайнятість (Будь ласка, додайте копію останньої наявної податкової декларації з податку на прибуток)

від/до \_\_\_\_\_ Прибуток (щомісяця): € \_\_\_\_\_

- Пенсія в Німеччині, закордонна пенсія (наприклад, в Україні), інші пенсії:  
(Будь ласка, додайте копію поточних доказів):

від/до \_\_\_\_\_ Сума платежу (щомісяця): € \_\_\_\_\_ Тип \_\_\_\_\_

- Дохід у розумінні закону про податок на прибуток (наприклад, дохід від оренди та лізингу, дохід від капітальних активів, вихідна допомога у зв'язку з втратою роботи) - Будь ласка, додайте копію поточних доказів

від/до \_\_\_\_\_ Дохід (щомісяця): € \_\_\_\_\_ Тип \_\_\_\_\_

## 6. Інформація про мої доходи: (Будь ласка, додайте копію поточних доказів)

Сума вашого власного сукупного місячного доходу (брутто): € \_\_\_\_\_

# Візерунок

Ім'я ...

Дата народження ...

Номер застрахованої особи ...

Інша адреса: \_\_\_\_\_

## 1. ... був застрахований/-а в іншій медичній страховій касі в період з ...:

Ні, застрахований/-а у BARMER [далі з 2.]  Так [далі з 1.2]

### 1.2 1 Дані про страхування в іншій медичній страховій касі:

від/до \_\_\_\_\_ у \_\_\_\_\_

Тип:  Членство

Сімейне страхування

не охоплений/-а обов'язковим страхуванням (наприклад, приватне страхування, безкоштовна медична допомога)

## 2. ... є учнем або студентом: (з 23 років, будь ласка, додайте поточну шкільну/студентську довідку із зазначенням поточного семестру навчання)

Ні [далі з 3.]  Так,  Учень  
 Студент

від  до

Назва та тип школи \*): \_\_\_\_\_

## 3. ... проходив військову службу або передбачену законом добровільну службу (наприклад, FSJ) у період з ...: (Будь ласка, додайте сертифікат, якщо це ще не зроблено)

Ні [далі з 4.]  Так, від/до \_\_\_\_\_

## 4. ... отримував дохід у період з ...:

Ні  Так [далі з 4.1]

### 4.1 Інформація про доходи за період з ... :

Незначна зайнятість (Minijob)  Більше, ніж незначна зайнятість

від/до \_\_\_\_\_ брутто (щомісяця): € \_\_\_\_\_

Самозайнятість (Будь ласка, додайте копію останньої наявної податкової декларації з податку на прибуток)

від/до \_\_\_\_\_ Прибуток (щомісяця): € \_\_\_\_\_

Чи є/був хоча б один працівник регулярно працевлаштований більше, ніж на Minijob?  Так

Пенсія в Німеччині, закордонна пенсія (наприклад, в Україні), інші пенсії

від/до \_\_\_\_\_ Сума платежу (щомісяця): € \_\_\_\_\_

Тип пенсії \_\_\_\_\_

Дохід у розумінні закону про податок на прибуток (наприклад, дохід від оренди та лізингу, дохід від капітальних активів, вихідна допомога у зв'язку з втратою роботи))

від/до \_\_\_\_\_ Дохід (щомісяця): € \_\_\_\_\_

Тип доходу \_\_\_\_\_

Я підтверджую, що надана інформація є правильною. Я негайно повідомлю вас про будь-які зміни. Це стосується, зокрема, якщо зміниться дохід моїх родичів або якщо вони стануть членами (іншої) лікарняної каси.

Дата

Підпис члена BARMER

Підпис членів сім'ї, якщо це можливо

Своїм підписом я підтверджую, що отримав згоду членів моєї сім'ї на надання необхідних даних..

У випадку членів сім'ї, які проживають окремо, достатньо підпису члена сім'ї.

\*) Ця інформація є добровільною. Ненадання цієї інформації не призведе до жодних негативних наслідків для вас. Дані будуть збережені лише для того, щоб мати можливість звернутися до вас більш цілеспрямовано.