

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.