

Включение в семейное страхование

(Aufnahme in die Familienversicherung)

Просьба заполнять поля печатными буквами. (Bitte füllen Sie die Felder in Druckbuchstaben aus.)

Личные данные члена (Persönliche Angaben des Mitglieds)

Предпочтительный способ связи (Am Besten zu erreichen unter)

Стационарный (Festnetz) Мобильный телефон (Mobil)

Фамилия (Name)

Имя (Vorname)

Номер страхового полиса (Versichertennummer)

Код (Vorwahl) Стационарный (Festnetz)

Код (Vorwahl) Мобильный телефон (Mobil)

Эл. почта (при указании адреса касса медицинского страхования BIG direkt gesund сможет связаться со мной по электронной почте) (E-Mail)

Семейное положение (Familienstand) не состою в браке (ledig) состою в браке (verheiratet) Гражданское партнерство (LPartG)

вдовец/вдова (verwitwet) раздельное проживание (getrennt lebend) в разводе (geschieden)

с: (seit) (ЧЧ/ММ/ГГ)

Ранее я (Ich war bisher) был(а) застрахован(а) (selbst versichert) по семейной страховке (familienversichert)

не имел(а) обязательной медицинской страховки (nicht gesetzlich krankenversichert)

Наименование кассы медицинского страхования (Name der Krankenkasse)

Повод для включения в семейное страхование (Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung)

Начало членства (Beginn meiner Mitgliedschaft) Рождение ребенка (Geburt des Kindes) Вступление в брак (Heirat)

Окончание срока предыдущего собственного членства члена семьи (Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen)

Другое (Sonstiges)

Данные членов семьи (Angaben zu Familienangehörigen)

Перечисленные ниже данные необходимы только для тех членов семьи, которые будут застрахованы в нашей медицинской кассе в рамках семейного страхования. В отступление от этого, нам необходимы отдельные данные Вашего партнера даже в том случае, если Вы оформляете у нас семейную страховку только для своих детей. В этом случае, помимо общих сведений, необходимо предоставить информацию о страховке Вашего партнера и о его доходах, если партнер не имеет обязательной страховки и состоит в родстве с детьми, при этом обязательно требуется предоставить документы, подтверждающие полученные доходы и надбавки, выплаченные с учетом семейного положения, в которых сведения о доходах не учитываются. Имейте в виду, что одновременное семейное страхование в разных кассах медицинского страхования запрещено законодательством. Поэтому просим предоставить данные, достоверно исключающие двойное семейное страхование.

	Супруг/партнер (Ehe-/Lebenspartner/-in)	Ребенок (Kind)	Ребенок/партнер (Kind)	Ребенок (Kind)
Начало семейного страхования (ЧЧ/ММ/ГГ) (Beginn der Familienversicherung) (супруг(а) или ребенок) (Ehepartner bzw. Kinder)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Фамилия* (Nachname)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Если у Вашего супруга/партнера или у Ваших детей другая фамилия, просим приложить свидетельство о браке или о происхождении, в случае отсутствия этих документов — другой альтернативный документ (например, справку о получении пособия на детей).				
Имя (Vorname)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Пол (Geschlecht) (м = мужской (männlich), ж = женский (weiblich), н = неопределенный (unbestimmt), д = другой (divers))	<input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/> н <input type="checkbox"/> д	<input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/> н <input type="checkbox"/> д	<input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/> н <input type="checkbox"/> д	<input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/> н <input type="checkbox"/> д
Дата рождения (ЧЧ/ММ/ГГ) (Geburtsdatum)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
При необходимости адрес, если он отличается от адреса члена страховой кассы (gegebenenfalls vom Mitglied abweichende Anschrift)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Родственные отношения с членом (Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied) (определение «родной ребенок» относится также к усыновленным детям.) (Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	<input type="checkbox"/> родной ребенок (leibliches Kind) <input type="checkbox"/> пасынок, падчерица (Stiefkind) <input type="checkbox"/> приемный ребенок, находящийся под опекой (Pflegekind) <input type="checkbox"/> внук/внучка (Enkelkind)	<input type="checkbox"/> родной ребенок (leibliches Kind) <input type="checkbox"/> пасынок, падчерица (Stiefkind) <input type="checkbox"/> приемный ребенок, находящийся под опекой (Pflegekind) <input type="checkbox"/> внук/внучка (Enkelkind)	<input type="checkbox"/> родной ребенок (leibliches Kind) <input type="checkbox"/> пасынок, падчерица (Stiefkind) <input type="checkbox"/> приемный ребенок, находящийся под опекой (Pflegekind) <input type="checkbox"/> внук/внучка (Enkelkind)	<input type="checkbox"/> родной ребенок (leibliches Kind) <input type="checkbox"/> пасынок, падчерица (Stiefkind) <input type="checkbox"/> приемный ребенок, находящийся под опекой (Pflegekind) <input type="checkbox"/> внук/внучка (Enkelkind)
Ваш супруг/партнер состоит в родстве с детьми? (Ist der/die Ehe-/Lebenspartner/-in mit dem Kind verwandt?) (Отметить только в случае отсутствия родственных отношений с детьми) (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Нет (nein)	<input type="checkbox"/> Нет (nein)	<input type="checkbox"/> Нет (nein)	<input type="checkbox"/> Нет (nein)

Более близкой кассы медицинского страхования нет.

BIG direkt gesund • Rheinische Straße 1 • 44137 Dortmund
Факс 0231 5557-199 • info@big-direkt.de
Бесплатное круглосуточное прямое обслуживание 0800 5456 5456

Ответственные за защиту персональных данных в соответствии с Общим регламентом ЕС по защите персональных данных (DSGVO): Peter Kaetsch, Markus Bäumer
Уполномоченный по защите персональных данных: datenschutz@big-direkt.de

Данные о последней предыдущей или существующей страховке членов семьи

(Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen)

	Супруг/партнер (Ehe-/Lebenspartner/-in)	Ребенок (Kind)	Ребенок (Kind)	Ребенок (Kind)
Фамилия (Name)				
Имя (Vorname)				
Предыдущая страховка закончилась: (ЧЧ/ММ/ГГ) (Die bisherige Versicherung endete am: Была в: (bestand bei) (наименование кассы медицинского страхования) (Name der Krankenkasse)				
Вид предыдущего страхования: (Art der bisherigen Versicherung)	<input type="checkbox"/> Личное страхование (selbst versichert) <input type="checkbox"/> Семейное страхование (familienversichert) <input type="checkbox"/> Не было обязательной страховки (nicht gesetzlich versichert)	<input type="checkbox"/> Личное страхование (selbst versichert) <input type="checkbox"/> Семейное страхование (familienversichert) <input type="checkbox"/> Не было обязательной страховки (nicht gesetzlich versichert)	<input type="checkbox"/> Личное страхование (selbst versichert) <input type="checkbox"/> Семейное страхование (familienversichert) <input type="checkbox"/> Не было обязательной страховки (nicht gesetzlich versichert)	<input type="checkbox"/> Личное страхование (selbst versichert) <input type="checkbox"/> Семейное страхование (familienversichert) <input type="checkbox"/> Не было обязательной страховки (nicht gesetzlich versichert)
Если ранее у Вас была семейная страховка, укажите фамилию и имя лица, на основании членства которого был заключен договор семейного страхования. (Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde)				
Прежний договор страхования существует в: (Die bisherige Versicherung besteht weiter bei) (наименование кассы/фонда медицинского страхования) (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)				

Про чие данные членов семьи (Sonstige Angaben zu Familienangehörigen)

	Супруг/партнер (Ehe-/Lebenspartner/-in)	Ребенок (Kind)	Ребенок (Kind)	Ребенок (Kind)
Индивидуальный предприниматель (Selbstständige Tätigkeit liegt vor)	<input type="checkbox"/> да (ja)	<input type="checkbox"/> да (ja)	<input type="checkbox"/> да (ja)	<input type="checkbox"/> да (ja)
Доход от индивидуальной предпринимательской деятельности (в месяц). Просьба приложить копию актуального извещения об установлении подоходного налога. (Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.)		€	€	€
Предусмотренная законом пенсия, денежное довольствие, пенсия от предприятия, зарубежная пенсия, другие виды пенсии (сумма ежемесячной выплаты) (Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag))	€	€	€	€
Прочие регулярные ежемесячные доходы в соответствии с налоговым законодательством, например, общая сумма заработной платы, полученной от нескольких видов работ за минимальную заработную плату, доходы от сдачи недвижимости в аренду, доходы от капитала, прочие доходы (например, выходное пособие в связи с потерей рабочего места). Просьба приложить копию актуальной справки об установлении подоходного налога. (Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts, z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes). Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.)	€	€	€	€
Общая сумма заработной платы, полученной от нескольких видов работ за минимальную заработную плату (в месяц) (Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich))	€	€	€	€
Получаете ли пособие по безработице II? (Wird Arbeitslosengeld II bezogen?)	<input type="checkbox"/> да (ja)	<input type="checkbox"/> да (ja)	<input type="checkbox"/> да (ja)	<input type="checkbox"/> да (ja)
Обучение в школе/высшем учебном заведении с/по (ЧЧ/ММ/ГГ) (Schulbesuch/Studium vom/bis) (Для детей старше 23 лет просьба приложить справку из школы или высшего учебного заведения) (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)				
Военная или альтернативная гражданская служба (ЧЧ/ММ/ГГ) (Wehr- oder Zivildienst vom/bis) (Просьба приложить свидетельство о прохождении службы) (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)				
	Вид доходов (Art der Einkünfte)	Вид доходов (Art der Einkünfte)	Вид доходов (Art der Einkünfte)	Вид доходов (Art der Einkünfte)

Более близкой кассы медицинского страхования нет.

 BIG direkt gesund • Rheinische Straße 1 • 44137 Dortmund
 Факс 0231 5557-199 • info@big-direkt.de
 Бесплатное круглосуточное прямое обслуживание 0800 5456 5456

 Ответственные за защиту персональных данных в соответствии с Общим регламентом ЕС по защите персональных данных (DSGVO): Peter Kaetsch, Markus Bäumer
 Уполномоченный по защите персональных данных: datenschutz@big-direkt.de

Данные о присвоении номера медицинской страховки членам семьи

(Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige)

	Супруг/партнер (Ehe-/Lebenspartner/-in)	Ребенок (Kind)	Ребенок (Kind)	Ребенок (Kind)
Фамилия (Name)				
Имя (Vorname)				
Номер страхового полиса (Versichertennummer) (если уже присвоен кассой медицинскогострахования) (sofern bereits von einer Krankenkasse vergeben)				
Собственный номер пенсионного страхования (Eigene Rentenversicherungsnummer)				
Перечисленные ниже данные необходимы только в том случае, если номер пенсионного страхования еще не присвоен. (Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.)				
Фамилия, полученная при рождении (Geburtsname)				
Место рождения (Geburtsort)				
Страна рождения (Geburtsland)				
Гражданство (Staatsangehörigkeit)				

Заявление (Erklärung)

Я подтверждаю верность данных. Обязуюсь сообщать вам о любых изменениях. Это касается, в частности, изменения дохода вышеуказанных членов моей семьи (например, выдачи новой справки об установлении подоходного налога при индивидуальной предпринимательской деятельности) или ситуаций, когда они станут членами (другой) кассы медицинского страхования.

Город (Ort) _____ Дата (Datum) (ЧЧ/ММ/ГГ) _____ Подпись члена (Unterschrift Mitglied) _____

Подпись члена (Unterschrift Ehe-/Lebenspartner/-in) _____ Подпись ребенка (Unterschrift Kind/-er)
(после достижения 15 лет) (nach Vollendung des 15. Lebensjahres) _____

Подписывая данный документ, я заявляю о получении согласия членов своей семьи на передачу требуемых данных.
Для отдельно проживающих членов семьи достаточно подписи одного члена семьи.

Более близкой кассы медицинского страхования нет.

BIG direkt gesund • Rheinische Straße 1 • 44137 Dortmund
Факс 0231 5557-199 • info@big-direkt.de
Бесплатное круглосуточное прямое обслуживание **0800 5456 5456**

Ответственные за защиту персональных данных в соответствии с Общим регламентом ЕС по защите персональных данных (DSGVO): Peter Kaetsch, Markus Bäumer
Уполномоченный по защите персональных данных: datenschutz@big-direkt.de