

Заявление о приеме в члены (Mitgliedsantrag)



direkt gesund

Я стану членом BIG с _____ (ЧЧ/ММ/ГГ) (Ich werde ab ... BIG-Mitglied)

Я был(а) привлечен(а) с _____ (Ich wurde geworben von...)
Номер страхового полиса BIG моего нанимателя

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

Личные данные (Persönliche Angaben)

мужской (männlich) женский (weiblich) неопределенный (unbestimmt) другой (divers)

Семейное положение (Familienstand) не состою в браке (ledig) состою в браке (verheiratet) вдовец/вдова (verwitwet) в разводе (geschieden)
 Гражданское партнерство (LPartG)

Фамилия (Name)

Код (Vorwahl)

Телефонный номер (Rufnummer)

Имя (Vorname)

Эл. почта (E-Mail)

Фамилия, полученная при рождении (Geburtsname)

Улица (Straße)

Номер дома (Hausnummer)

Дата рождения (Geburtsdatum)
(ЧЧ/ММ/ГГ)

Место рождения (Geburtsort)

Добавка к адресу (Adresszusatz)

Номер пенсионного/социального страхования (Renten-/Sozialversicherungsnummer)

Почтовый индекс (PLZ)

населенный пункт (Ort)

Идентификационный номер налогоплательщика (Steuer-Identifikationsnummer)
(если известен) (sofern bekannt)

Номер страхового полиса (Versichertennummer)

У меня есть дети (Ich habe Kinder) да (ja) Нет (nein)
(Просьба приложить свидетельство о рождении ребенка, при наличии нескольких детей достаточно одного свидетельства)

Члены семьи должны быть застрахованы вместе. (Familienangehörige sollen mitversichert werden.)

Мой(я) супруг(а)/партнер в соответствии с Законом о гражданском партнерстве застрахован(а) (Mein/-e Ehe-/Lebenspartner/-in gem. LPartG ist)

государственной (gesetzlich) частной (privat) кассе медицинского страхования.

Медицинская страховка в (krankenversichert bei)

Я был(а) застрахован(а) (Ich war bisher versichert)

застрахован самостоятельно (selbst versichert) семейная страховка (familienversichert)
 частная страховка застрахован (privat versichert) за рубежом (im Ausland versichert)

Касса медицинского страхования/медицинская страховая компания (Krankenkasse/Krankenversicherung)

Улица (Straße)

Номер дома (Hausnummer)

Почтовый индекс (PLZ)

населенный пункт (Ort)

С _____ (ЧЧ/ММ/ГГ) моя страховая ситуация изменилась (например, в связи со сменой работодателя).
(Ich habe seit/ab dem ... eine Änderung in meinem Versicherungsverhältnis (z. B. durch einen Arbeitgeberwechsel).)

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

Номер представителя
(только для внутренних целей)



Положение о защите данных: с мая 2018 года на территории ЕС действует Общий регламент по защите данных (DSGVO). Мы как больничная касса в системе законодательно установленного медицинского страхования соблюдаем конфиденциальность ваших данных и обеспечиваем их надежную защиту. В данном формуляре мы запрашиваем ваши персональные данные для обработки вашего заявления о приеме в члены в соответствии с § 75 Кодекса социального обеспечения, часть V (SGB V). Передача ваших персональных данных третьим лицам осуществляется строго в рамках требований законодательства. Собранные здесь данные хранятся у нас в течение 6 лет, а затем удаляются.

Я (Ich bin)

- работаю по найму (Arbeitnehmer/-in)
- Мой доход превышает предельный размер оплаты труда, в рамках которой существует обязанность страхования на случай болезни, предусмотренное законом (Mein Einkommen liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze.)
- Работодатель (Arbeitgeber) _____
- Улица (Straße) _____ Номер дома (Hausnummer) _____
- Почтовый индекс (PLZ) _____ населенный пункт (Ort) _____
- дополнительно занимаюсь индивидуальной предпринимательской деятельностью (zusätzlich selbstständig tätig)
- получаю социальное пособие (Sozialgeldbezieher/-in) (просьба приложить справку о получении пособия) (Bitte Leistungsbescheid beifügen)
- получаю пособие от агентства по трудоустройству/объединения союзов предпринимателей /центра занятости (Leistungsbezieher/-in Agentur für Arbeit/ARGE/Jobcenter) (Просьба приложить справку о получении пособия) (Bitte Leistungsbescheid beifügen)
- Номер клиента (Kundennummer) _____
- Служащий или льготник (Beamtin/Beamter oder Beihilfeberechtigte/-r) (Просьба приложить расчетный листок по заработной плате) (Bitte Bezügemitteilung beifügen)
- Студент/школьник (Studierende/-r oder Schüler/-in) (Просьба приложить справку с места учебы) (Bitte Studien-/Schulbescheinigung beifügen)
- Индивидуальная предпринимательская деятельность с (selbstständig tätig seit) _____ (ЧЧ/ММ/ГГ)
- Количество рабочих часов в неделю (wöchentliche Arbeitszeit in Stunden) _____
- Дотация на учреждение (просьба приложить справку о получении) (Gründungszuschuss (Bitte Leistungsbescheid beifügen))
- да (ja) Нет (nein)
- Медицинское страхование должно осуществляться (Die Krankenversicherung soll durchgeführt werden)
- без права на получение пособия по болезни (ohne Anspruch auf Krankengeld)
- с правом на получение предусмотренного законодательством пособия по болезни (mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld)
- Мой годовой доход (Mein jährliches Einkommen)
- превышает максимальный уровень дохода, подлежащий обложению страховыми взносами. (übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze.)
- Все доходы указаны в прилагаемом извещении об установлении подоходного налога. (Alle Einkünfte gehen aus dem beiliegenden Einkommenssteuerbescheid hervor.)
- Пенсионер или заявитель на получение пенсии (Rentner/-in oder Rentenantragsteller/-in) (Просьба приложить уведомление о размере назначенной пенсии) (Bitte Rentenbescheid beifügen)
- Не работаю (nicht erwerbstätig)

Взносы (Die Beiträge)

- я буду перечислять самостоятельно. (überweise ich selbst.)
- будет перечислять мой работодатель. (werden von meinem Arbeitgeber überwiesen.)
- должны автоматически списываться на основании платежного поручения для единой зоны платежей в евро (SEPA) (Просьба заполнить платежное поручение SEPA). (sollen bis auf Widerruf per SEPA-Basislastschrift-Mandat abgebucht werden.)

Подпись (Unterschrift)

В случае возникновения вопросов обращайтесь (Bei Fragen wenden Sie sich bitte) ко мне. (an mich) к моему представителю. (an meinen Vermittler.)

Я хочу получать рассылки, опросы клиентов и информацию об услугах страховой кассы BIG по электронной почте. (Ich möchte den Newsletter, Kundenumfragen und Leistungsinformationen per E-Mail von der BIG erhalten.)

Настоящим я даю согласие на сохранение и обработку своих контактных данных. Мне известно, что я могу в любое время отменить данное согласие. (Hiermit willige ich ein, dass meine Kontaktdaten gespeichert und verarbeitet werden. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann.)

Город (Ort) _____

Дата (ЧЧ/ММ/ГГ) (Datum) _____

Подпись (Unterschrift) _____

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

Платежное поручение для автоматических платежей в пределах SEPA для застрахованных лиц (SEPA-Basislastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen für Versicherte)

Получатель платежа (Zahlungsempfänger)

BIG direkt gesund, Rheinische Straße 1, 44137 Dortmund, Германия

Идентификационный номер кредитора: **DE63ZZZ00000008438**

Справочный номер плательщика (присваивается кассой BIG) (Mandatsreferenz)

Я уполномочиваю страховую кассу BIG direkt gesund с _____ (ЧЧ/ММ/ГГ) списывать платежи с моего счета посредством прямого дебетования. (Ich ermächtige BIG direkt gesund ab ... Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.)

Одновременно я поручаю своему кредитному учреждению погашать платежи, списанные BIG direkt gesund с моего счета.

Примечание: Я имею право в течение восьми недель, начиная с даты дебетования, потребовать возмещения записанной в дебет суммы. При этом действуют условия, согласованные с моим кредитным учреждением.

Номер страхового полиса (Versichertennummer)			
Фамилия владельца счета (Name Kontoinhaber/-in)		Имя владельца счета (Vorname Kontoinhaber/-in)	
Улица (Straße)	Номер дома (Hausnummer)	Почтовый индекс (PLZ)	населенный пункт (Ort)
IBAN (международный номер банковского счета) (IBAN)		БИК (BIC)	
Город (Ort)	Дата (ЧЧ/ММ/ГГ) (Datum)	Подпись владельца счета (Unterschrift Kontoinhaber/-in)	

Информация о добровольном медицинском страховании (Information zur freiwilligen Krankenversicherung)

Начало

Членство обычно начинается сразу после окончания предыдущего договора медицинского страхования.

Размер страховых взносов

Основанием для расчета суммы страховых взносов служат «Принципы расчета сумм для лиц, самостоятельно осуществляющих платежи» в последней действующей редакции.

Уплате взносов

Взносы на добровольное медицинское и социальное страхование на случай потребности в уходе подлежат уплате до 15 числа следующего месяца.

Налогово-правовой учет взносов на медицинское страхование и страхование на случай потребности в уходе

В соответствии с «Законом об освобождении граждан от медицинского страхования» от 23.07.2009 расходы на медицинское страхование и страхование на случай потребности в уходе с 2010 налогового года почти полностью облагаются налогом как дополнительные расходы (страховые и сберегательные взносы) вместе с подоходным налогом. Учитываются суммы, самостоятельно уплаченные членом больницы кассы, за вычетом возможного возмещения сумм и частичных сумм, которые приходятся на пособия по болезни.

Как ваши данные попадают в налогово-финансовое управление?

По истечении страхового года организация BIG передает уплаченные вашим или возмещенные вам суммы на медицинское страхование и страхование на случай потребности в уходе с указанием вашего идентификационного номера налогоплательщика в налогово-финансовое управление. Разумеется, вы получите от нас уведомление о зарегистрированных суммах.

**Подробная информация размещена на
сайте big-direkt.de/tarife**

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