

## Анкета для вступу до сімейного страхування

### Загальна інформація про члена

- Я був до цього
- у рамках власного членства
- у рамках сімейного страхування
- не застрахований у рамках обов'язкового медичного страхування
- Ваш сімейний стан  Неодружений(а)  одружений(а) з \_\_\_\_\_  окреме проживання з \_\_\_\_\_
- вдівець/вдова з \_\_\_\_\_  розлучений(а) з \_\_\_\_\_
- Зареєстроване цивільне партнерство відповідно до Закону про цивільне партнерство з \_\_\_\_\_  
(У цьому випадку необхідно надати дані у рубриці «чоловік/дружина»)
- У мене немає членів сім'ї, які мають бути застраховані разом зі мною. Підпишіть будь ласка у такому випадку лише на другій сторінці.
- Привід для вступу до сімейного страхування:
- Початок мого членства  Народження дитини  Шлюб
- Завершення власного членства родича  Інше \_\_\_\_\_
- Приєднання із закордону \_\_\_\_\_
- Початок сімейного страхування \_\_\_\_\_
- При запитах (добровільне надання)
- Мій номер телефону \_\_\_\_\_
- Моя e-Mail-адреса \_\_\_\_\_

### Дані про членів сім'ї

Наступні дані принципово потрібні тільки тим родичам, які повинні бути застраховані у нас. **Крім цього, нам потрібна індивідуальна інформація про Вашого партнера по шлюбу / життю також, якщо у нас має здійснюватись сімейне страхування виключно для Ваших дітей, а ваш партнер по шлюбу / життю має родинні стосунки з цими дітьми.** При цьому, крім загальних даних інформації про страхування партнера по шлюбу / життю і - якщо він не має обов'язкового медичного страхування - потрібна додаткова інформація про його доходи; у цьому випадку дохід повинен бути підтверджений довідками про доходи, а надбавки, сплачені стосовно сімейного стану, повинні бути проігноровані в інформації про доходи.

**Зверніть увагу, що одночасне здійснення сімейного страхування у різних компаніях медичного страхування є юридично неприйнятним. Тому просимо своїми даними підтвердити, що подвійне страхування сім'ї виключається.**

### Загальні дані про членів сім'ї

	Чоловік/дружина	Дитина	Дитина	Дитина
Прізвище*				
*Якщо в учасника та члена сім'ї різні прізвища, відносини цивільного стану мають бути одноразово підтверджені відповідними документами (наприклад, свідоцтво про шлюб, свідоцтво про цивільне партнерство, свідоцтво про народження) або - якщо їх пред'явлення неможливе - іншими відповідними документами (наприклад, повідомлення про допомогу на дитину).				
Ім'я				
Стать (ч = чоловіча, ж = жіноча, х = не визначено, т = «третя стать»)	<input type="checkbox"/> ч <input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/> х <input type="checkbox"/> т	<input type="checkbox"/> ч <input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/> х <input type="checkbox"/> т	<input type="checkbox"/> ч <input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/> х <input type="checkbox"/> т	<input type="checkbox"/> ч <input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/> х <input type="checkbox"/> т
Дата народження				
Якщо адреса, інша ніж у члена				
Родинні стосунки члена до дитини (*Позначення «рідна дитина» має бути застосоване також і при усиновленні.)		<input type="checkbox"/> Рідна дитина* <input type="checkbox"/> Пасерб/пасербиця <input type="checkbox"/> Внук <input type="checkbox"/> прийомна дитина	<input type="checkbox"/> Рідна дитина* <input type="checkbox"/> Пасерб/пасербиця <input type="checkbox"/> Внук <input type="checkbox"/> прийомна дитина	<input type="checkbox"/> Рідна дитина* <input type="checkbox"/> Пасерб/пасербиця <input type="checkbox"/> Внук <input type="checkbox"/> прийомна дитина
Чи чоловік родич із дитиною? (Позначте будь ласка галочкою лише при відсутності родинних стосунків)		<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Ні

Підпишіть, будь ласка, на сторінці 2

Дані про останнє попереднє або далі існуюче страхування членів сім'ї				
	Чоловік/дружина	Дитина	Дитина	Дитина
Ім'я				
Попереднє страхування - Закінчилось: - Існувало у (назва лікарняної каси)	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
Вид попереднього страхування:	<input type="checkbox"/> членство <input type="checkbox"/> сімейне страхування <input type="checkbox"/> не обов'язкове	<input type="checkbox"/> членство <input type="checkbox"/> сімейне страхування <input type="checkbox"/> не обов'язкове	<input type="checkbox"/> членство <input type="checkbox"/> сімейне страхування <input type="checkbox"/> не обов'язкове	<input type="checkbox"/> членство <input type="checkbox"/> сімейне страхування <input type="checkbox"/> не обов'язкове
Якщо в останній раз була сімейна страховка, прізвище та ім'я особи, від членства якої було отримано сімейне страхування.	(Ім'я) ..... (Прізвище) .....	(Ім'я) ..... (Прізвище) .....	(Ім'я) ..... (Прізвище) .....	(Ім'я) ..... (Прізвище) .....
Попереднє страхування продовжує існувати у: (назва лікарняної каси / компанії медичного страхування).		_____	_____	_____

Інші дані про членів сім'ї				
Загальна сума заробітної плати від роботи за мінімальну заробітну плату (щомісячно)	..... Євро	..... Євро	..... Євро	..... Євро
Пенсія по закону, грошове забезпечення, пенсія підприємств, іноземна пенсія, інші пенсії (щомісячний розмір виплати))	..... Євро	..... Євро	..... Євро	..... Євро
Наявно самостійне підприємство	<input checked="" type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> так
Прибуток від самостійного підприємства(щомісяця) Будь ласка, додайте копію повідомлення про встановлення прибуткового податку.	..... Євро	..... Євро	..... Євро	..... Євро
Інші регулярні щомісячні доходи у сенсі законодавства про податок на прибуток (наприклад, загальна сума заробітної плати, вища від роботи за мінімальну заробітну плату, дохід від оренди та лізингу, дохід від капітальних активів), інші доходи (наприклад, вихідна допомога за втрату роботи)	..... Євро (Вид доходів)	..... Євро (Вид доходів)	..... Євро (Вид доходів)	..... Євро (Вид доходів)
Навчання у школі/ВНЗ (Будь ласка, додайте для дітей старших 23 років довідку із школи/ВНЗ)		від ..... до .....	від ..... до .....	від ..... до .....
Служба в армії або врегульована законом альтернативна служба (Будь ласка, додайте довідку)		від ..... до .....	від ..... до .....	від ..... до .....

Дані щодо видачі номера страхового полісу для сімейно застрахованих родичів				
Власний номер страхового полісу				
Прізвище при народженні				
Місце та країна народження				
Громадянство				

Я підтверджую достовірність інформації. Я негайно повідомлю Вас про будь-які зміни. Це стосується, зокрема, якщо доходи моїх вищезазначених родичів змінюються (наприклад, нова оцінка податку на прибуток для самостійного підприємства) або якщо вони стають членами (іншої) лікарняної каси.

--	--	--	--	--	--	--	--

Дата (ДДММРРРР)

Підпис члена

Підписом декларую отримання погодження членів сім'ї щодо надання необхідних даних.

У необхідних випадках підпис членів сім'ї

При роздільно проживаючих членах сім'ї достатньо підпису члена сім'ї.

#### Примітка стосовно захисту персональних даних:

Щоб ми могли оцінити страхування сім'ї, з вашого боку повинна бути співпраця згідно з §§ 10 абз. 6, 289 SGB V. Для встановлення страхових відносин слід зібрати відповідні дані §§ 10, 284 п'ятої книги Кодексу соціального страхування (SGB V), § 7 закону про страхування фермерів на випадок хвороби, 1989 р., § 31а десятої книги Кодексу соціального страхування (SGB X), § 25 одинадцятої книги Кодексу соціального страхування (SGB XI). Згідно з § 60 першої книги Кодексу соціального страхування (SGB I) відсутність співпраці може призвести до втрати страхового забезпечення вашого родича. Дані, які не потрібні для сімейного страхування, можуть бути викреслені з доказів. Добровільно надані контактні дані можуть використовуватися виключно для запитів, пов'язаних із вашими страховими стосунками. Загальну інформацію про обробку даних та ваші права можна знайти за посиланням [www.aok.de/bayern/datenschutzrechte](http://www.aok.de/bayern/datenschutzrechte), або в будь-якому відділенні АОК. Якщо виникнуть запитання, звертайтеся до медичної страхової компанії АОК Bayern — Die Gesundheitskasse, Carl-Wery-Str. 28, 81739 München, Німеччина, або до нашого уповноваженого з захисту персональних даних, адреса електронної пошти [datenschutz@by.aok.de](mailto:datenschutz@by.aok.de)