

# AUFNAHMEANTRAG Familienversicherung

# ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЁМЕ Семейное страхование



Я хотел бы застраховать своих родственников к

- Началу моего членства   
  Рождению моих детей\*   
  Вступлению в брак\*  
 Другая причина   
  Прекращение предыдущего членства родственника

\*Пожалуйста, приложите свидетельство о рождении или браке!

<b>Личные данные</b>		Пожалуйста, заполните полностью!
Фамилия:	Имя:	
Дата рождения:	Номер страхового полиса:	
Номер телефона:	Электронная почта:	

### Данные о семейном положении

Я  не женат, не замужем     состою в браке с

разведён(а) с      вдовец (вдова)

Я проживаю в  зарегистрированном гражданском партнёрстве  
в соответствии с законом о гражданском партнёрстве с

Мой супруг/гражданский партнёр застрахован в  BKK VDN,

частной компании медицинского страхования,

другой компании медицинского страхования.

Название компании медицинского страхования:

Следующие данные, как правило, требуются только для тех родственников, которые должны быть застрахованы у нас в рамках семейного страхования. В отступление от этого нам нужна индивидуальная информация о Вашем(ий) супруге/гражданском партнёре, даже если семейное страхование будет осуществляться у нас исключительно для Ваших детей. В этом случае, помимо общих данных требуется информация о страховании супруга(и)/гражданского партнёра и – если супруг(а)/гражданский партнёр не застрахован(а) по закону и состоит в родстве с детьми – о его/её доходах; при этом поступления должны быть подтверждены документально справками о доходах, а надбавки, уплачиваемые в связи с семейным положением, в сведениях о доходах не учитываются.

Информация о членах семьи				
Обратите внимание, что по закону не разрешается оформлять семейное страхование одновременно в разных медицинских страховых компаниях. Поэтому, пожалуйста, убедитесь, что в Ваших данных исключено двойное семейное страхование.				
	Супруг(а)/гражданский партнёр	Ребёнок	Ребёнок	Ребёнок
Если фамилии разные, предоставьте свидетельство о браке и/или свидетельство о рождении.				
Фамилия:				
Имя:				
Пол:	<input type="checkbox"/> женский <input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> другой <input type="checkbox"/> неопределённый	<input type="checkbox"/> женский <input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> другой <input type="checkbox"/> неопределённый	<input type="checkbox"/> женский <input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> другой <input type="checkbox"/> неопределённый	<input type="checkbox"/> женский <input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> другой <input type="checkbox"/> неопределённый
Дата рождения:				
Место рождения:				
Страна рождения:				
при необходимости, адрес, отличающийся от адреса члена:				
Семейное отношение члена к ребёнку:	X	<input type="checkbox"/> родной/приёмный ребёнок <input type="checkbox"/> пасынок <input type="checkbox"/> внук/внучка <input type="checkbox"/> приёмный ребёнок	<input type="checkbox"/> родной/приёмный ребёнок <input type="checkbox"/> пасынок <input type="checkbox"/> внук/внучка <input type="checkbox"/> приёмный ребёнок	<input type="checkbox"/> родной/приёмный ребёнок <input type="checkbox"/> пасынок <input type="checkbox"/> внук/внучка <input type="checkbox"/> приёмный ребёнок
Является ли супруг(а) родственником ребёнка?	X	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Но пенсионного страхования:				
Дополнительная информация, если ещё нет Но пенсионного страхования:				
Фамилия при рождении:				
Гражданство:				

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЁМЕ Семейное страхование, страница 2**

Фамилия, имя:	Номер страхового полиса:
---------------	--------------------------

Информация о последней или действующей страховке члена семьи				
	Супруг(а)/гражданский партнёр	Ребёнок	Ребёнок	Ребёнок
Предыдущая медицинская страховка заканчивается:				
Предыдущая медицинская страховка была заключена в (медицинской страховой компании):				
Тип предыдущей медицинской страховки:	<input type="checkbox"/> членство <input type="checkbox"/> семейное страхование <input type="checkbox"/> не обязательное страхование	<input type="checkbox"/> членство <input type="checkbox"/> семейное страхование <input type="checkbox"/> не обязательное страхование	<input type="checkbox"/> членство <input type="checkbox"/> семейное страхование <input type="checkbox"/> не обязательное страхование	<input type="checkbox"/> членство <input type="checkbox"/> семейное страхование <input type="checkbox"/> не обязательное страхование
Если в последний раз имелось семейное страхование, фамилия и имя лица, через которое Вы были застрахованы.				
Предыдущая медицинская страховка продолжает действовать в (медицинской страховой компании):		X	X	X

прочие данные о членах семьи				
	Супруг(а)/гражданский партнёр	Ребёнок	Ребёнок	Ребёнок
Самостоятельная деятельность	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Прибыль от самозанятости Приложите извещение об установлении	€/месяц	€/месяц	€/месяц	€/месяц
Общая сумма заработной платы от незначительной занятости	€/месяц	€/месяц	€/месяц	€/месяц
Государственные, иностранные, прочие пенсии, доходы в виде ранее полученных пособий и льгот по социальному	€/месяц	€/месяц	€/месяц	€/месяц
Прочие регулярные ежемесячные доходы в евро в соответствии с налоговым законодательством (например, общая сумма заработной платы от более чем незначительной занятости, доход от аренды и сдачи внаём, доход от капитала) Прочие доходы (например, выходное пособие при потере рабочего места)	Вид дохода:  €/месяц	Вид дохода:  €/месяц	Вид дохода:  €/месяц	Вид дохода:  €/месяц
Посещение школы/обучение: НДФЛ для детей старше 23 лет приложите школьный или студенческий аттестат!	X	с: по:	с: по:	с: по:
Добровольная военная служба, федеральная добровольная служба, базовая или альтернативная гражданская служба Прикрепите свидетельство о прохождении	X	с: по:	с: по:	с: по:

Я подтверждаю правильность данных. Я незамедлительно проинформирую Вас об изменениях. Это применяется, в частности, в случае изменения дохода моих вышеупомянутых родственников (например, новое извещение об установлении подоходного налога при самозанятости) или если они становятся членами (другой) медицинской страховой компании. Своей подписью я заявляю, что получил согласие членов семьи на предоставление необходимых данных.

В случае раздельного проживания членов семьи достаточно подписи члена семьи.

**Положение о защите персональных данных!**

Ваши персональные данные (социальные данные) нужны нам для возможности выполнять наши задачи. Дополнительная информация об обработке данных в соответствии со статьёй 13 Общего регламента о защите персональных данных доступна по адресу <https://www.bkk-vdn.de/datenschutz>.

Я даю согласие на то, чтобы BKK VDN хранил и использовал предоставленные мной личные данные, чтобы иметь возможность консультировать меня, быстро обрабатывать мои запросы и связываться со мной в случае необходимости. Согласие является добровольным и может быть отозвано в письменной форме в любое время в будущем. Данные не передаются третьим лицам.

Место, дата

Подпись члена

при необходимости, подпись членов семьи