

# Да, я выбираю BARMER с

Чтобы получить членство, я предоставляю следующие данные:

# BARMER

## Личные данные

Фамилия и имя	Должность	Пол	ж = женский м = мужской д = другой н = неопределенный
Улица, номер дома	Номер телефона <sup>1)</sup>	Дата рождения	
Почтовый индекс	Населенный пункт	Адрес электронной почты <sup>1)</sup>	Номер мобильного телефона <sup>1)</sup>
Номер пенсионного страхования	Фамилия при рождении <sup>2)</sup>	Гражданство <sup>2)</sup>	
	Место и страна рождения		

## Сведения о круге лиц

Я  стажер  наемный работник  участник общества/руководитель  с  у работодателя/в компании, адрес  Ввиду размера моей заработной платы я  подлежу обязательному страхованию  не подлежу обязательному страхованию на случай болезни или несчастного случая.  Я состою в родстве, свойстве и т. п. с работодателем

Я студент  Я (например, самозанятый, ученик, не работаю)  Я безработный с  Я получаю установленную законом пенсию с  Я получаю доходы, схожие с пенсионными выплатами, (пенсию от предприятия, пенсию по старости для чиновников т. д.) или за последние десять лет получил(-а) единовременную выплату страховой суммы <sup>4)</sup>  Я являюсь сельскохозяйственным предпринимателем или членом семьи сельскохозяйственного предпринимателя, работающим в данном хозяйстве

Предположительно до  Просьба приложить справку с места учебы!

с  пособие по безработице/пособие по безработице II <sup>4)</sup> (относится также к выплате иностранных пенсий)

## Данные о предыдущей страховке

Последний раз я был(-а) застрахован(-а) с  в рамках самострахования  в рамках семейного страхования по полису  Я с  не имею обязательной страховки

Фамилия и имя  Дата рождения  Номер страхового полиса

Основание для смены больничной кассы  Изменение условий страхования (например, из-за смены работодателя)  Истечение периода действия покрытия  Увеличение размера дополнительного взноса предыдущей больничной кассой

## Общие сведения

У меня есть дети (также относится к пасынкам/падчерицам, усыновленным или приемным детям; эта информация требуется для определения размера страхового взноса в рамках страхования на случай потребности в уходе)

Я знаю других людей, которые могут быть заинтересованы в членстве в BARMER

Я предпочитаю общение на английском языке

## Подпись

Дата, подпись

Заклучение договора страхования на случай болезни или несчастного случая, как правило, подразумевает также страхование на случай потребности в уходе, если не согласовано иное.

GS-Nummer  GP-Nummer Vertriebspartner

<sup>1)</sup> Указывается по желанию.

<sup>2)</sup> Требуется только в случае отсутствия номера пенсионного страхования.

<sup>3)</sup> Декларация о доходах на отдельном бланке.

<sup>4)</sup> Просьба приложить подтверждающий документ.

**Для ознакомления:** Ваши данные обрабатываются с целью выяснения условий страхования в соответствии с §§ 5 и след. Пятой книги Социального кодекса ФРГ (SGB V) и взимания взносов в соответствии с §§ 226 и след. Пятой книги Социального кодекса ФРГ (SGB V), § 57 Одиннадцатой книги Социального кодекса ФРГ (SGB XI). BARMER хранит эти данные в течение 9 лет. Сведения об условиях страхования (§ 288 SGB V, § 99 SGB XI) хранятся не более 30 лет.

Вы имеете право на получение, исправление, удаление или ограничение обработки данных, а также право на переносимость данных при условии соблюдения требований законодательства.

Вы можете подать жалобу на обработку Ваших персональных данных нам или Федеральному уполномоченному по защите данных и свободе информации. Вы можете связаться с нашим инспектором по защите персональных данных, отправив письмо по электронной почте [datenschutz@barmer.de](mailto:datenschutz@barmer.de) или по адресу: Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal (Германия).

Вы можете подать жалобу на обработку Ваших персональных данных нам или Федеральному уполномоченному по защите данных и свободе информации. Вы можете связаться с нашим инспектором по защите персональных данных, отправив письмо по электронной почте [datenschutz@barmer.de](mailto:datenschutz@barmer.de) или по адресу: Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal (Германия).

**Семейная страховка – Я подаю заявление на бесплатное совместное страхование для следующих членов семьи, начиная с месяца заключения договора страхования**

Примечание о защите персональных данных: Ваши данные обрабатываются с целью выяснения условий страхования в соответствии с § 10 Пятой книги Социального кодекса ФРГ (SGB V), § 25 Одиннадцатой книги Социального кодекса ФРГ (SGB XI). BARMER хранит эти данные в течение 9 лет, а затем удаляет их. Вы имеете право на получение, исправление, удаление или ограничение обработки данных, а также право на переносимость данных при условии соблюдения требований законодательства.

	Супруг/партнер <sup>1)</sup>	Родственник	Родственник	Родственник
Имя				
Фамилия				
При необходимости адрес, если отличается от указанного				
Дата рождения				
Фамилия при рождении <sup>2)</sup>				
Место рождения <sup>2)</sup>				
Гражданство <sup>2)</sup>				
Номер пенсионного страхования				
Пол ж = женский    д = другой м = мужской    н = неопределенный	<input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> д <input type="checkbox"/> н	<input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> д <input type="checkbox"/> н	<input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> д <input type="checkbox"/> н	<input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> д <input type="checkbox"/> н
Степень родства (просьба указать: дочь, сын, пасынок/падчерица, внук/внучка, усыновленный, приемный ребенок)				
Супруг/партнер состоит в родстве с ребенком? (отметить только в случае отсутствия родственных отношений)	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> нет
Предыдущая страховка <input type="checkbox"/> закончилась: <input type="checkbox"/> оформлена в (название больничной кассы):				
Вид предыдущей страховки	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Семейная страховка <input type="checkbox"/> Отсутствие обязательной страховки	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Семейная страховка <input type="checkbox"/> Отсутствие обязательной страховки	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Семейная страховка <input type="checkbox"/> Отсутствие обязательной страховки	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Семейная страховка <input type="checkbox"/> Отсутствие обязательной страховки
Если ранее была оформлена семейная страховка, указать фамилию и имя лица, на основании членства которого был заключен договор семейного страхования	Имя Фамилия	Имя Фамилия	Имя Фамилия	Имя Фамилия
Предыдущая страховка продолжает действовать в (название больничной кассы или страховой медицинской организации):				
Существуют трудовые отношения или ведется самостоятельная трудовая 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
Если да, указать дату (начала/окончания) и ответить на вопросы а)-с)				
а) регулярный ежемесячный доход брутто при осуществлении самостоятельной деятельности: просьба приложить действующую справку об установлении подоходного налога!	€	€	€	€
б) работа за минимальную заработную плату (дата начала/окончания)				
с) регулярный ежемесячный доход в виде общей суммы заработной платы, полученной за выполнение нескольких видов работ за минимальную заработную плату	€	€	€	€
Прочие ежемесячные доходы в соответствии с налоговым законодательством, касающимся подоходного налога (например, пенсия, денежное довольствие, доходы от сдачи имущества в аренду, доходы от процентов)	€	€	€	€
Обучение в школе/высшем учебном заведении (дата начала/окончания) (для детей старше 23 лет просьба приложить или дополнительно представить справку из школы или высшего учебного заведения)				
Тип школы или высшего учебного заведения (например, основная школа, реальная школа, гимназия) <sup>3)</sup>				
Класс/семестр <sup>3)</sup>				
Военная или установленная законом добровольная служба (дата начала/окончания) (просьба приложить или дополнительно представить свидетельство о прохождении службы)				

Я обязуюсь немедленно сообщать о любых изменениях. Это касается, в частности, увеличения дохода брутто у указанных выше членов семьи или ситуаций, когда они становятся членами (другой) больничной кассы. Подписывая данный документ, я заявляю о получении согласия членов семьи на передачу требуемых данных. Для раздельно проживающих членов семьи достаточно подписи либо члена больничной кассы, либо этого члена семьи.

Дата	Подпись	Подпись члена семьи (после достижения 15 лет)
------	---------	---

<sup>1)</sup> Сведения о супруге/партнере требуются также в том случае, если семейная страховка оформляется только на детей. Под партнерами понимаются однополые гражданские партнерства в соответствии с Законом о зарегистрированных гражданских партнерствах.  
<sup>2)</sup> Требуется только в случае отсутствия номера пенсионного страхования  
<sup>3)</sup> Указывается по желанию