

Сімейне страхування

Ні, члени сім'ї не повинні бути включені у договір страхування. Тому я не маю надавати жодної додаткової інформації і відправляю цю підписану анкету до SBK.

Так, члени моєї сім'ї повинні бути включені у договір страхування. Тому я відповідь на наведені нижче запитання та надішлю до SBK разом із анкетною довідкою про доходи членів моєї сім'ї. Відповіді на запитання стосовно чоловіка / дружини я надаю навіть у тому разі, якщо бажаю укласти договір сімейного страхування лише для дітей. Надання цієї інформації дозволить уникнути подвійного сімейного страхування через різні страхові лікарняні каси.

Страховий номер

Прізвище, ім'я

Додаткова інформація:
sbk.org/family-insurance

Особиста інформація Чоловік / дружина ① Дитина ② Дитина ② Дитина ②

Ім'я: _____

Прізвище: _____

Якщо прізвище відрізняється від Вашого прізвища (члена SBK), надішліть нам разом з цією анкетною свідцтво про шлюб або свідцтво про народження, якщо вони нам ще не надані.

Стать: чоловіча жіноча невизначена інша

чоловіча жіноча невизначена інша

чоловіча жіноча невизначена інша

чоловіча жіноча невизначена інша

Дата народження: _____

Стационарний телефон*: _____

Мобільний телефон*: _____

Ел. пошта*: _____

Друга адреса (якщо є): _____

Ступінь родинної спорідненості з членом SBK: (усиновлені діти вважаються рідними дітьми)

Рідна дитина Пасинок / падчерка Онук / онука Прийомна дитина

Рідна дитина Пасинок / падчерка Онук / онука Прийомна дитина

Рідна дитина Пасинок / падчерка Онук / онука Прийомна дитина

Ступінь родинної спорідненості чоловіка / дружини з дітьми:

ні ні ні

Відзначайте цей пункт лише у тому разі, якщо немає родинної спорідненості.

Дата закінчення попереднього страхування: _____

Назва лікарняної каси, з якою був укладений попередній договір: _____

Вид страхування: Членство Сімейне страхування не державне

Членство Сімейне страхування не державне

Членство Сімейне страхування не державне

Членство Сімейне страхування не державне

We are on your side.



Страхувальний номер

Прізвище, ім'я

Чоловік / дружина ① Дитина ②

Дитина ②

Дитина ②

Ім'я:

Прізвище:

Якщо був укладений попередній договір сімейного страхування: прізвище та ім'я особи, у рамках страхового договору якої було оформлене сімейне страхування:

Попередній договір страхування продовжує діяти (назва страхової лікарняної каси):

Відвідування школи або вищого навчального закладу:

<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
3	3	3
до	до	до

Для студентів віком від 22 років просимо додати шкільний атестат.

Військова служба або встановлена законом волонтерська служба (наприклад, добровільна річна соціальна або екологічна служба, федеральна волонтерська служба):

<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
3	3	3
до	до	до

Надішліть нам разом з цією анкетою довідку про стаж роботи, якщо вона нам ще не надана.

Відомості про зайнятість та доходи ③

Для самозайнятих осіб:

<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> так
Надішліть нам разом з цією анкетою довідку про встановлення податку на прибуток.

Дохід від самозайнятості (місячний) в євро:

Зарплата / оклад бруто (місячний) в євро:

Дохід від мінімальної зайнятості бруто (місячний) в євро:

Встановлена законом пенсія, пенсійні виплати, корпоративна пенсія, іноземна пенсія, інші пенсії (щомісячна виплата) в євро:

Інший регулярний місячний дохід відповідно до закону про податок на прибуток, наприклад, від оренди та лізингу, капіталовкладень. Інші доходи, наприклад вихідна допомога при втраті робочого місця, в євро:

Вид доходу	Вид доходу	Вид доходу	Вид доходу
------------	------------	------------	------------

Страхувальний номер

Прізвище, ім'я

Відомості про присвоєння страхового номера

Чоловік / дружина ①

Прізвище

Ім'я

номер пенсійного страхування

Наведена нижче інформація потрібна лише в тому разі, якщо номер пенсійного страхування ще не присвоєно.

Ім'я при народженні

Місце народження

Країна народження

Громадянство

Дитина ②

Прізвище

Ім'я

номер пенсійного страхування

Наведена нижче інформація потрібна лише в тому разі, якщо номер пенсійного страхування ще не присвоєно.

Ім'я при народженні

Місце народження

Країна народження

Громадянство

Дитина ③

Прізвище

Ім'я

номер пенсійного страхування

Наведена нижче інформація потрібна лише в тому разі, якщо номер пенсійного страхування ще не присвоєно.

Ім'я при народженні

Місце народження

Країна народження

Громадянство

Дитина ④

Прізвище

Ім'я

номер пенсійного страхування

Наведена нижче інформація потрібна лише в тому разі, якщо номер пенсійного страхування ще не присвоєно.

Ім'я при народженні

Місце народження

Країна народження

Громадянство

Заява про конфіденційність відповідно до ст. 13 Регламенту (ЄС) 2016/679: Для того, щоб ми могли здійснити оцінку договору сімейного страхування, нам потрібна Ваша співпраця відповідно до §§ 10 абз. 6, 289 Кодексу соціального забезпечення (КСЗ V). Ці дані збираються для укладення договору страхування (§§ 10, 284 КСЗ V, § 7 Закону про страхування на випадок хвороби, 1989, § 25 КСЗ XI). Інформація, позначена символом *, є добровільною і обробляється з метою надання послуг страхування. Звичайно, Ваші дані будуть захищені та будуть оброблятися конфіденційно. Ми не передаємо ці дані третім особам. Своїм підписом Ви даєте згоду на обробку даних. Детальніше про дані, які обробляє SBK, Ви можете дізнатися на сайті sbk.org/data-protection або у Вашого особистого консультанта. Цю згоду можна у будь-який час відкликати без пояснення причин. Для цього достатньо надіслати нам електронного листа на адресу widerruf@sbk.org або зв'язатися з особистим консультантом.

Я підтверджую достовірність цих даних. Про будь-які зміни я негайно Вас повідомлю. Це стосується, зокрема, випадків, якщо дохід зазначених вище членів моєї сім'ї змінюється (наприклад, у разі нового розрахунку податку на прибуток для самозайнятих осіб) або якщо вони стають членами (іншої) страхової лікарняної каси.

Місце, дата

Підпис члена SBK

У разі необхідності підписи членів сім'ї

Цим підписом я підтверджую, що отримав(ла) згоду членів моєї сім'ї на надання необхідних даних.

Якщо члени сім'ї проживають окремо, достатньо підпису члена сім'ї.

Для цілей SBK

лише для архіву

Шифр