

**Заява про участь**  
у програмах медичного страхування  
та страхового забезпечення у разі необхідності постійного  
стороннього догляду

Так, я хочу долучитися до KNAPPSCHAFT з (ДДММРРРР) \_\_\_\_\_

**Інформація про особу**

Звертання \_\_\_\_\_ Науковий ступінь (якщо є) \_\_\_\_\_ Номер медичного страхового поліса \_\_\_\_\_

Прізвище \_\_\_\_\_ Ім'я \_\_\_\_\_

Уроджене прізвище \_\_\_\_\_ Місце народження \_\_\_\_\_

Дата народження (ДДММРРРР) \_\_\_\_\_ Громадянство \_\_\_\_\_

Стать:  жіноча  чоловіча  невизначена  інше Сімейний стан\*:  ніколи в шлюбі не перебувала(-в)  заміжня/ одружений  розлучена (-ий)  вдова/вдівець

Назва вулиці \_\_\_\_\_ Номер будинку \_\_\_\_\_

Поштовий індекс \_\_\_\_\_ Населений пункт \_\_\_\_\_

Країна \_\_\_\_\_

Країна народження \_\_\_\_\_ Номер свідоцтва про соціальне страхування (якщо знаєте) \_\_\_\_\_

Зв'язатися зі мною можна  за телефоном \* \_\_\_\_\_

за адресою ел. пошти \* \_\_\_\_\_ \*заповнюється за бажанням

**Інформація щодо категорії застрахованої особи (можна обрати декілька варіантів відповіді)**

Я з (ДДММРРРР) \_\_\_\_\_  офіційно працевлаштована (-ий) (не на мінімальну ставку)  здобуваю професійну освіту  перебуваю у відпустці для догляду за дитиною

Місце роботи: назва підприємства, установи, організації \_\_\_\_\_

Назва вулиці \_\_\_\_\_ Номер будинку \_\_\_\_\_

Поштовий індекс \_\_\_\_\_ Населений пункт \_\_\_\_\_

отримую допомогу по частковому безробіттю (ALG I)  отримую соціальну допомогу по безробіттю (ALG II, Hartz IV)

пенсіонер/ка (просимо додатково заповнити спеціальну форму)  самозайнята особа

здобуваю вищу освіту (просимо додатково заповнити спеціальну форму, також якщо перебуваєте на стажуванні/практиці)

**Інформація щодо попередніх умов медичного страхування**

Назва лікарняної каси \_\_\_\_\_

з (ДДММРРРР) \_\_\_\_\_ до (ДДММРРРР) \_\_\_\_\_  за програмою обов'язкового страхування  за програмою сімейного страхування  за програмою добровільного страхування

поза межами Німеччини  користуюся програмою приватного страхування від \_\_\_\_\_

**Підстави для зміни лікарняної каси**

Я з (ДДММРРРР) \_\_\_\_\_  зміну місце роботи  користуватимуся програмою обов'язкового страхування (напр., як наймана особа чи після виходу на пенсію)

збираюся розірвати попередній договір медичного страхування (минуло принаймні 12 місяців з дати укладання)

моя лікарняна каса збільшила розмір страхового внеску (виключне право на розірвання договору)

**Додаткова інформація**

До складу моєї родини входять особи, які необхідно долучити до KNAPPSCHAFT без сплати додаткового внеску (для цього додатково заповніть і підпишіть заяву на участь у програмі сімейного страхування)

**Особистий підпис**

Місце, дата \_\_\_\_\_ Підпис \_\_\_\_\_

Звертаємо вашу увагу на положення щодо захисту персональних даних в доданому листі, або за посиланням: [www.knappschaft.de/datenschutz](http://www.knappschaft.de/datenschutz)

Тільки для внутрішнього користування

Дистриб'ютор страхових послуг \_\_\_\_\_ Ідентифікатор \_\_\_\_\_ Номер відділення \_\_\_\_\_ Вихідна IP-адреса \_\_\_\_\_

Deutsche Post   
ANTWORT

KNAPPSCHAFT  
Markt + Vertrieb  
45095 Essen

### Простіше не буває!

Просто заповніть заяву та надішліть її нам поштою.

### У разі виникнення питань:

Телефон: 0800 7245 900 (безкоштовно)

Факс: 0800 7245 901

Вебсайт: [www.knappschaft.de](http://www.knappschaft.de)

Ел. пошта: [willkommen@meine.knappschaft.de](mailto:willkommen@meine.knappschaft.de)



Відскануйте, щоб дізнатися  
про наші переваги  
[www.knappschaft.de/meinvorteil](http://www.knappschaft.de/meinvorteil)

## Захист інформації Загальні положення та відповідальні особи

### Застереження щодо захисту персональних даних

Збір і обробка інформації здійснюються з метою реалізації завдань відповідно до § 284 у поєднанні з § 175 Тому V Соціального кодексу ФРН (SGB, Німеччина). Розраховуємо на ваше сприяння згідно з § 60 Тому I та § 206 Тому V того ж Кодексу. Без надання інформації з вашого боку долучитися до програми неможливо. Треті особи мають право отримати ваші персональні дані, зокрема як сторонні надавачі соціальних послуг, аבודовірені особи в межах зобов'язань відповідно до законодавства та права надання інформації. Загальні положення щодо обробки персональних даних й інформація щодо ваших прав викладені за посиланням: [www.knappschaft.de/datenschutz](http://www.knappschaft.de/datenschutz).

### Уповноважена особа

Зв'язатися з особою, відповідальною за організацію роботи, пов'язаної із захистом персональних даних, можна в такий спосіб:

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See  
Datenschutzbeauftragter  
Verwaltungsgebäude Trimontepark 4/5  
Wasserstraße 217  
44799 Bochum

Телефон: 0234 304 - 0  
Телефакс: 0234 304 - 83990  
Ел. пошта: [datenschutz@kbs.de](mailto:datenschutz@kbs.de)

### Розпорядник персональних даних

Відповідно до законодавства у сфері захисту інформації розпорядником персональних даних виступає:

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See  
Pieperstraße 14-28  
44789 Bochum

Телефон: 0234 304 - 0  
Телефакс: 0234 304 - 66050  
Ел. пошта: [zentrale@kbs.de](mailto:zentrale@kbs.de)