

**Заявление на членство**

в медицинском страховании и страховании на случай необходимости постоянного ухода

Да, я хочу стать членом KNAPPSCHAFT с (ДДММГГГГ) \_\_\_\_\_.

<b>Личные данные</b>			
Обращение	Звание	Номер медицинской страховки	
Фамилия		Имя	
Фамилия при рождении		Место рождения	
Дата рождения (ДДММГГГГ)		Гражданство	
Пол: <input type="checkbox"/> жен. <input type="checkbox"/> муж. <input type="checkbox"/> неопределен. <input type="checkbox"/> разнопол.		Семейное положение*: <input type="checkbox"/> не в браке <input type="checkbox"/> женат/замужем <input type="checkbox"/> разведен <input type="checkbox"/> вдовец/вдова	
Улица			Номер дома
Номер дома		Населенный пункт	
Страна			
Страна происхождения		Номер пенсионного страхования (если известен)	
Если у Вас есть вопросы, то свяжитесь со мной по <input type="checkbox"/> телефону* _____			
<input type="checkbox"/> электрон. почте* _____			* добровольные данные
<b>Сведения к категории лиц (допускается возможность нескольких ответов)</b>			
Я с (ДДММГГГГ) _____ <input type="checkbox"/> работаю (не мини-работа) <input type="checkbox"/> прохожу обучение <input type="checkbox"/> в отпуске по уходу за ребенком			
Имя работодателя _____			
Улица			Номер дома
Почтовый индекс		Населенный пункт	
<input type="checkbox"/> я получаю пособие по безработице I		<input type="checkbox"/> я получаю пособие по безработице II	
<input type="checkbox"/> я пенсионер/ка (заполните формуляр для пенсионеров)		<input type="checkbox"/> я являюсь самозанятым/ой	
<input type="checkbox"/> я студент/студентка (пожалуйста, заполните формуляр для студентов и практикантов)			
<b>Сведения о причине смены больничной кассы</b>			
Название больничной кассы _____			
(ДДММГГГГ)		по (ДДММГГГГ)	
<input type="checkbox"/> Переезд из-за рубежа		<input type="checkbox"/> добровольно застрахован в _____	
<input type="checkbox"/> обязат. страхование		<input type="checkbox"/> семейное страхование	
<input type="checkbox"/> добровольн. страхованияс			
<b>Сведения о причине смены больничной кассы</b>			
Я с (ДДММГГГГ) _____		<input type="checkbox"/> поменяю работодателя	
		<input type="checkbox"/> вступаю в обязательное страхование (н-р, работник, пенсионер)	
<input type="checkbox"/> Я хочу отказаться от членства в моей больничной кассе (обязат. период членства в не менее 12 месяцев соблюден)			
<input type="checkbox"/> Моя предыдущая больничная касса увеличивает ставку дополнител. взноса (особое право на расторжение)			
<b>Дальнейшая информация</b>			
<input type="checkbox"/> У меня есть члены семьи, которые должны быть застрахованы в KNAPPSCHAFT бесплатно. (Пожалуйста, заполните полностью заявление на семейное страхование и подпишите его.)			
<b>Моя подпись</b>			
Место, дата		Подпись	
Обратите внимание на прилагаемую информацию о защите данных. Вы также можете найти ее в интернете по адресу <a href="http://www.knappschaft.de/datenschutz">www.knappschaft.de/datenschutz</a> .			
Только для служебных целей			
Партнер по продажам/агент № _____		Источник адреса _____	
МА - 4i-код _____		ББНР АО _____	

Deutsche Post   
ANTWORT

KNAPPSCHAFT  
Markt + Vertrieb  
45095 Essen

### Это так просто

Заполните заявление и отправьте его.

Более подробная информация:

телефон: 0800 7245 900 (бесплатно)

факс: 0800 7245 901

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

электронный адрес: [willkommen@meine.knappschaft.de](mailto:willkommen@meine.knappschaft.de)



Сканируйте и узнайте о наших преимуществах напрямую.

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

## Защита данных. Информация и ответственные лица

### Уведомление о защите данных

Сбор и обработка данных осуществляется для выполнения наших задач в соответствии с § 284 в сочетании с § 175 социального кодекса SGB V. Ваше содействие требуется в соответствии с § 60 социального кодекса SGB I и § 206 социального кодекса SGB V. При непредоставлении Ваших сведений членство у нас не возможно. Получателями Ваших данных могут быть третьи лица в рамках юридических обязательств и полномочий по уведомлению, например, другие учреждения социального обеспечения, или уполномоченные нами третьи лица. Подробную информацию об обработке данных и Ваших правах можно найти на сайте [www.knappschaft.de/datenschutz](http://www.knappschaft.de/datenschutz).

### Ответственный по защите данных

Вы можете связаться с нашим ответственным по защите данных следующим образом:

### Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Datenschutzbeauftragter  
Verwaltungsgebäude Trimontepark 4/5  
Wasserstraße 217  
44799 Bochum

телефон: 0234 304 - 0

факс: 0234 304 - 83990

электронный адрес: [datenschutz@kbs.de](mailto:datenschutz@kbs.de)

### Ответственный орган

Ответственным органом в смысле правовых норм о защите данных является:

### Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Pieperstraße 14-28  
44789 Bochum

телефон: 0234 304 - 0

факс: 0234 304 - 66050

электронный адрес: [zentrale@kbs.de](mailto:zentrale@kbs.de)