

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: <input type="checkbox"/> жіноча <input type="checkbox"/> чоловіча <input type="checkbox"/> невизначена <input type="checkbox"/> інше			
Сімейний стан*: <input type="checkbox"/> ніколи в шлюбі не перебувала(-в) <input type="checkbox"/> заміжня/одружений <input type="checkbox"/> розлучена (-ий) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> за телефоном * _____			
<input type="checkbox"/> за адресою ел. пошти * _____ *заповнюється за бажанням			
Інформація щодо категорії застрахованої особи (можна обрати декілька варіантів відповіді)			
Я з (ДДММРРРР) _____ <input type="checkbox"/> офіційно працевлаштована (-ий) (не на мінімальну ставку) <input type="checkbox"/> здобуваю професійну освіту <input type="checkbox"/> перебуваю у відпустці для догляду за дитиною			
Місце роботи: назва підприємства, установи, організації _____			
Назва вулиці			Номер будинку
Поштовий індекс	Населений пункт		
<input type="checkbox"/> отримую допомогу по частковому безробіттю (ALG I) <input type="checkbox"/> отримую соціальну допомогу по безробіттю (ALG II, Hartz IV)			
<input type="checkbox"/> пенсіонер/ка (просимо додатково заповнити спеціальну форму) <input type="checkbox"/> самозайнята особа			
<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> за програмою обов'язкового страхування			
<input type="checkbox"/> за програмою сімейного страхування			
<input type="checkbox"/> за програмою добровільного страхування			
<input type="checkbox"/> поза межами Німеччини <input type="checkbox"/> користуюся програмою приватного страхування від _____			
Підстави для зміни лікарняної каси			
Я з (ДДММРРРР) _____ <input type="checkbox"/> зміну місце роботи <input type="checkbox"/> користуватимуся програмою обов'язкового страхування (напр., як наймана особа чи після виходу на пенсію)			
<input type="checkbox"/> збираюся розірвати попередній договір медичного страхування (минуло принаймні 12 місяців з дати укладання)			
<input type="checkbox"/> моя лікарняна каса збільшила розмір страхового внеску (виключне право на розірвання договору)			
Додаткова інформація			
<input type="checkbox"/> 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			
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

Ел. пошта: willkommen@meine.knappschaft.de



Відскануйте, щоб дізнатися
про наші переваги
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.

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

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