



طلب عضوية جزء ١ البيانات الشخصية

Mehr Leistung. Mehr Service.

مزيد من الأداء
مزيد من الخدمة
انضم إلينا وأصبح عضواً

<input type="checkbox"/> بصفتك	<input type="checkbox"/> عامل / عاملة	<input type="checkbox"/> يتقاضى/تتقاضى معونة بطالة عن العمل
<input type="checkbox"/> مؤمن عليه بشكل اختياري	<input type="checkbox"/> متقاعد/متقاعدة	<input type="checkbox"/> متدربة/متدرب مهني
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> طالب/طالبة، يجري /تجري تدريب عملي

الاسم	بداية العضوية
الاسم الأول	الاسم المولود به
تاريخ الميلاد	محل الميلاد
الشارع، رقم المنزل	الجنس
الرقم البريدي، المكان	الجنسية
الهاتف، الجوال*	رقم التأمين الصحي / تأمين المعاشات
البريد الإلكتروني*	الحالة العائلية

أنا أرغب في المشاركة في برنامج المكافآت

أرجو أن ترسلوا لي دفتر المكافآت المعني الخاص ببرنامج المكافآت **ikk aktiv plus zu!** (الرجاء تعبئة الطلب الخاص ببرنامج المكافآت).

إرشادات حماية البيانات إن جمع بياناتك الشخصية (البيانات الاجتماعية) هو أمر ضروري من أجل إجراء التأمين الصحي وتأمين الرعاية التمريضية في الشيخوخة والمرضى. وتتمثل القواعد القانونية لذلك في المواد ٢٠٦ و ٢٨٤ من القانون الاجتماعي V وكذلك المواد ٥٠ و ٩٤ من القانون الاجتماعي XL. المعلومات التفصيلية الصادرة منا فيما يتعلق باللائحة الأساسية لحماية البيانات (DSGVO) تجدونها في الإنترنت: www.ikk-gesundplus.de/dsgvo * الإذلاء بهذه البيانات أمر تطوعي.

أنا أرغب في تأمين الأسرة الصحي

أنا لذي أفراد من الأسرة ليسوا أعضاء في صندوق تأمين صحي عام وينبغي التأمين عليهم في تأمين الأسرة الصحي لدى صندوق التأمين الصحي **IKK gesund Plus**

أنا أرغب في تأمين الأسرة الصحي (الرجاء تعبئة الطلب الخاص بالتأمين الأسرة الصحي).

أنا ليس لدي أفراد أسرة

أنا لا أرغب في تأمين الأسرة الصحي

صوتي لبطاقة التأمين الصحي

نحن نرغب أن نرسل لكم بطاقة التأمين الصحي الإلكترونية بأسرع قدر ممكن. لذلك نرجو منكم أن ترسلوا إلينا مع طلب العضوية صور ضوئية مطابقة. **مهم:** لجميع التأمينات ابتداء من إتمام العام الـ ١٥ من العمر من المقرر قانوناً تقديم صورة ضوئية ملونة.

صوتي

توجد في حافظة الصورة الضوئية.

سأقوم بإرسالها في وقت لاحق.

توجد لديكم بالفعل.

سأرسلها إليكم عبر الإنترنت.

بموجب هذا أقر أن هذه الصورة هي صوتي.

بموجب هذا أوافق على معالجة بياناتي تبعاً لإقرار حماية البيانات المتواجد جانبه.**

** إقرار حماية البيانات الخاص بحفظ ومعالجة صورتك الضوئية

إصدار بطاقة التأمين الصحي الإلكترونية المزودة بصورة يجب على الجهة المكلفة بالخدمة حفظ صورتك كصورة رقمية. هذه الجهة ملزمة أيضاً بحفظ الصورة الضوئية وحمايتها. الصورة نفسها سيتم التخلص منها بعد إصدار بطاقة التأمين الصحي بشكل مطابق لتعليمات حماية البيانات. أما الحفظ فهو أمر ضروري بسبب الإجراءات الفنية. إن حفظ بيانات الصورة يمكنهم على سبيل المثال في حالة فقدان البطاقة استخراج بطاقة جديدة بدون مجهود كبير. إذا كنت ترغب في محو بياناتك قبل مرور مهلة الحفظ، يرجى الاتصال بنا. (١) ٨٥٧٩٨٤٠٠٨٠٠ (٧/٢٤ مجاناً)



خدمة الصور الضوئية بالإنترنت للأعضاء الجدد
www.ikk-gesundplus.de/lichtbild_neumitglieder
أو أمسح كود الاستجابة السريعة QR code بالهاتف الذكي.



طلب عضوية جزء ٢

بيانات التأمين

أنا أعمل

منذ

اسم وعنوان ورقم تليفون صاحب العمل/
ممول الخدمة المختص

أنا أحصل على معونة بظالة العمل أ. (الرجاء إرفاق صورة من الإخطار الحالي)

أنا أحصل على معونة بظالة العمل أ. (الرجاء إرفاق صورة من الإخطار الحالي)

صندوق التأمين الذي كان مختص بي حتى الآن

كان لدي تأمين في الـ ١٨ شهراً الأخيرة في صندوق تأمين صحي عام. (الرجاء إرفاق شهادة إنهاء التأمين.)

كان لديا حتى الآن تأمين صحي خاص.

كان لديا حتى الآن تأمين صحي آخر. (الرجاء إرفاق صورة من إثبات التأمين.)

كنت أعيش حتى الآن في الخارج.

قبل تقديم طلب العضوية كان لدي تأمين أسرة في صندوق تأمين عام.

اسم صندوق التأمين الصحي/شركة التأمين الصحي

من - حتى (شهر/السنة)

الاسم والاسم الأول للمؤمن عليه الأساسي / المؤمن عليها الأساسية

تاريخ ميلاد المؤمن عليه الأساسي / المؤمن عليها الأساسية

مؤمن عليه بتأمين الأسرة من - حتى (شهر/السنة)

اسم صندوق التأمين الصحي

أنا أحصل على معاش

أحصل على معاش ألماني أو أجنبي أو معاش مهني و/أو لدي دخل مشابه للمعاش مثل مستحقات معاش. (الرجاء إرفاق صورة الإخطار أو التعديل الأخير)

نوع المعاش

الجهة الدافعة للمعاش

الرجاء أن ترسلو لي مجلة العملاء "IKK-Gesundheitstelegramm"

بالبريد الإلكتروني على العنوان التالي:

بالبريد.

حفظ واستخدام البيانات للأغراض الإعلانية

يجوز لي إلغاءها في أي وقت بدون أثر رجعي. يجوز هذا أوافق على أن يتم إخطاري هاتفياً و/أو بالبريد الإلكتروني من **IKK gesund plus** ومن الجهات المكلفة منها بالعروض الحالية في مجال الصحة والتأمين الصحي. يجوز هذا أوافق على حفظ واستخدام بياناتي الشخصية لهذا الغرض. هذه الموافقة

بالبريد

بالتلف

التاريخ، توقيع العضو