



Mehr Leistung. Mehr Service.

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

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

أنا أرغب في المشاركة في برنامج المكافآت

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

إرشادات حماية البيانات إن جمع البيانات هو أمر ضروري ومشروع لتلبية الواجبات القانونية، وتمثل القواعد القانونية لذلك في المواد ٢٠٦ و ٢٨٤ من القانون الاجتماعي V وكذلك المواد ٥٠ و ٩٤ من القانون الاجتماعي XL. المعلومات التفصيلية الخاصة بحماية البيانات والتزاماتك بالمساهمة وبيانات الاتصال بالمفوضين من **ikk gesund plus** تجدونها على صفحة الإنترنت: www.ikk-gesundplus.de/dsgvo بالطبع من الممكن إرسال هذه المعلومات إليكم بالبريد، إذا كنتم ترغبون في ذلك.

أنا أرغب في تأمين الأسرة الصحي

أنا أرغب في تأمين الأسرة الصحي (الرجاء تعبئة الطلب الخاص بالتأمين
 أنا أرغب في تأمين الأسرة ليسوا أعضاء في صندوق تأمين صحي عام وينبغي التأمين عليهم في
 تأمين الأسرة الصحي لدى
IKK gesund Plus صندوق التأمين الصحي
 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 المؤمن عليهم ابتداء من إتمام العام الـ ١٥ من العمر من المقرر قانوناً تقديم صورة ضوئية حديثة ملونة.

صوتي

توجد في حافظة الصورة الضوئية.
 سأقوم بإرسالها في وقت لاحق.
 توجد لديكم بالفعل.
 سأرسلها إليكم عبر الإنترنت.

**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) ٠٨٠٠ ٨٥٧٩٨٤٠ (٢٤/٧ مجاناً)



طلب عضوية جزء ٢ بيانات التأمين

أنا أعمل

منذ

اسم وعنوان ورقم تليفون صاحب العمل /
ممول الخدمة المختص

أنا أحصل على معونة بطاقة العمل II. (الرجاء إرفاق صورة من الإخطار الحالي)

أنا أعمل لحسابي الخاص أو لدي دخل من العمل الحر (يرجى تقديم الإثبات)

أنا أحصل على معونة بطاقة العمل I. (الرجاء إرفاق صورة من الإخطار الحالي)

أنا لدي علاقة قرابة بصاحب العمل أو شريك في الشركة.

صندوق التأمين الذي كان مختص بي حتى الآن

كان لدي مؤخراً تأمين في صندوق تأمين صحي عام.

كان لديا حتى الآن تأمين صحي خاص.

كان لديا حتى الآن تأمين صحي خاص. (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

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

تاريخ ميلاد المؤمن عليه الأساسي / المؤمن عليها الأساسية

اسم صندوق التأمين الصحي

نوع المعاش

الجهة الدافعة للمعاش

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 التعديلاً الأخير)

الرجاء أن ترسلو لي مجلة العملاء "IKK-Gesundheitstelegramm"

بالبريد الإلكتروني على العنوان التالي:

بالبريد.

حفظ واستخدام البيانات للأغراض الإعلانية

يُرجى هذا أوافق على أن يتم إخطاري هاتفياً من IKK gesund plus ومن الجهات المكلفة منها، بالعروض الحالية في مجال الصحة والتأمين الصحي. يُرجى هذا أوافق على حفظ واستخدام بياناتي الشخصية لهذا الغرض. هذه الموافقة يجوز لي إلغاؤها في أي وقت بدون أثر رجعي.

بالبريد

بالتلفون

التاريخ، توقيع العضو