



Заявление о членстве Часть 1

Персональные данные

Больше услуг. Больше сервиса.

в качестве:

- работающего/-ей
- добровольного страхователя
- пенсионера/-ки
- получателя пособия по безработице
- ученика на производстве
- студента, практиканта

Фамилия

Имя

Дата рождения

Улица, номер дома

Индекс, населённый пункт

Телефон (сообщение добровольно)

Мобильный телефон (сообщение добровольно)

Начало членства

Добрачная фамилия

Место рождения

Страна рождения

Пол

Гражданство

Номер медицинской/ пенсионной страховки

Семейное положение

Я хочу заключить семейную страховку

У меня есть члены семьи, которые сами не являются членами какой-либо государственной медицинской кассы и которым необходима семейная страховка в IKK gesund plus.

- Я желаю получить семейную страховку (Заполните пожалуйста также Заявление о семейной страховке.)
- У меня нет членов семьи
- Мне не требуется семейная страховка

Я хочу принять участие в бонусной программе

- Пришлите мне пожалуйста брошюру бонусной программы ikk aktiv plus! (Заполните пожалуйста также Заявление о бонусной программе.)

Указание об охране данных: Сбор сведений необходим и допустим для выполнения наших установленных законом задач. Законодательным основанием для этого являются § 206 SGB V, § 284 SGB V, §§ 50 и 94 Кодекса социальных законов SGB XI. Дополнительную информацию об охране данных, о Ваших обязанностях по содействию, а также контактные данные уполномоченного по охране данных медицинской кассы IKK gesund plus Вы найдёте на сайте: www.ikk-gesundplus.de/dsgvo Данную информацию Вы по Вашему желанию конечно же можете получить по почте.

Моя фотография для медицинской карточки

Мы хотели бы прислать Вам Вашу медицинскую карточку как можно скорее. Поэтому просим Вас вместе с Вашим заявлением о членстве предоставить нам Вашу фотографию. Важно: Для всех страхователей старше 15 лет законом предписано предоставление актуальной цветной фотографии.

Моя фотография

- находится в кармане для фото.
- будет вскоре предоставлена.
- у Вас уже есть.
- будет прислана мною online.

Я подтверждаю, что изображение представляет меня ставит. я даю согласие на обработку моих данных ответственность политика конфиденциальности**.



** Заявление о защите данных в связи с сохранением и обработкой Вашей фотографии
Для изготовления Вашей электронной медкарточки с фотографией уполномоченному на это исполнителю необходимо сохранить Вашу фотографию в цифровом формате. Он обязан надёжно хранить оцифрованное изображение. Сама фотография после изготовления медицинской карточки с фотографией будет уничтожена в соответствии с требованиями по охране данных. Хранение обусловлено требованиями технологии. Хранение данных изображения позволяет Вам, напр. в случае утери карточки, без особых затруднений затребовать новую карточку. Если Вы желаете, чтобы Ваши данные были удалены до истечения срока хранения, то просто свяжитесь с нами.

☎ 0800 1016470 (24/7 по нулевому тарифу)

Больше услуг. Больше сервиса. Стать членом.



Сервис фотографии Online
www.ikk-gesundplus.de/lichtbild-neumitglieder

Заявление о членстве Часть 2

Данные о страховке

Больше услуг. Больше сервисов. Стать членом.

Я занят трудовой деятельностью

с

Название, адрес, телефон работодателя/ ответственного за социальные выплаты

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Я получаю пособие по безработице I. (Приложите пожалуйста копию актуального уведомления/Bescheid.) | <input type="checkbox"/> Я получаю пособие по безработице II. (Приложите пожалуйста копию актуального уведомления/Bescheid.) |
| <input type="checkbox"/> Я имею родственные связи с работодателем или долю в предприятии. | <input type="checkbox"/> Я являюсь самозанятым или имею доходы от самостоятельной трудовой деятельности. (Предоставьте пожалуйста подтверждение.) |

Моя предшествующая страховка

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Я был застрахован в государственной медицинской кассе . | Название медицинской кассы/ медицинской страховки
<input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> До сих пор у меня была частная медицинская страховка. | от - до (месяц/год)
<input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> До сих пор у меня была другая медицинская страховка. (Приложите пожалуйста копию подтверждения.) | | |
| <input type="checkbox"/> До сих пор я жил за границей. | | |
| <input type="checkbox"/> До начала заявленного членства у меня была семейная страховка в государственной медицинской кассе. | Фамилия, имя главного страхователя
<input type="text"/> | |
| Название медицинской кассы
<input type="text"/> | Дата рождения главного страхователя
<input type="text"/> | Семейная страховка от - до (месяц/год)
<input type="text"/> |

Я получаю пенсию

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Я получаю немецкую или иностранную пенсию или же пенсию, выплачиваемую предприятием, и/или аналогичные пенсии доходы, напр. выплаты социального обеспечения. (Приложите пожалуйста копию уведомления или последней индексации.) | Вид пенсии
<input type="text"/> |
| | Место платежа
<input type="text"/> |

Сохранение и использование данных в рекламных целях

- Даю своё согласие на предоставление мне от кассы IKK gesund plus и от уполномоченных ею сервисных компаний телефонной информации об актуальных предложениях в области здравоохранения и страхования. Настоящим я даю согласие на сохранение и на использование моих персональных данных в этих целях. Данное согласие я могу отозвать в любое время с действием в будущем.

Дата, подпись члена