



# Заявка на членство Частина 1

## Особисті дані

Більше результатів. Більше послуг. Стати членом.

як:  найманий(-а), працівник(-ця)

добровільно застрахований(-а)

пенсіонер(-ка)

одержувач(-ка) допомоги по безробіттю

учень(-иця)

студент(-ка), практикант(-ка)

Прізвище

Ім'я

Дата народження

Вулиця, номер будинка

Поштовий індекс, місце

Телефон (вказати за бажанням)

Мобільний (вказати за бажанням)

Початок членства

Прізвище при народженні

Місце народження

Країна народження

Стать

Громадянство

Номер медичного/пенсійного страхування

Сімейний стан

### Я бажаю оформити сімейне страхування

У мене є члени сім'ї, які самі не застраховані в лікарняній касі в межах обов'язкового медичного страхування і мають бути включені в сімейну страховку IKK gesund plus.

Я бажаю оформити сімейне страхування (Будь ласка, заповніть також заявку на сімейне страхування.)

У мене немає членів сім'ї

Я не бажаю оформляти сімейне страхування

### Я хочу брати участь у бонусній програмі

Надішліть мені, будь ласка, відповідний бонусний буклет бонусної програми ikk aktiv plus! (Будь ласка, заповніть також заявку на участі у бонусній програмі.)

**Положення про захист персональних даних:** Збирання даних є необхідним і допустимим для виконання наших завдань, передбачених законом. Правовими підставами для цього є § 206 Соціального кодексу (SGB) V, § 284 Соціального кодексу (SGB) V, §§ 50 та 94 Соціального кодексу (SGB) XI. Додаткову інформацію про захист даних, Ваші зобов'язання щодо співпраці та контактні дані уповноваженого із захисту даних IKK gesund plus Ви знайдете за посиланням: [www.ikk-gesundplus.de/dsgvo](http://www.ikk-gesundplus.de/dsgvo) За Вашим бажанням ми також із задоволенням надішлемо Вам цю інформацію поштою.

### Моє фото для картки здоров'я

Ми хочемо якнайшвидше надіслати вам електронну картку здоров'я. Тому просимо Вас разом із своєю заявкою на членство надати нам відповідне фото. Важливо: Для всіх застрахованих осіб віком від 15 років законом вимагається актуальне кольорове фото.

#### Моє фото

знаходиться в кишені для фото.

я найближчим часом надам додатково.

вже у Вас.

я надішлю Вам через мережу Інтернет.

Я підтверджую, що зображення представляє менеставить. Я даю згоду на обробку моїх даних відповідно до ст політика конфіденційності\*\*.



Фотосервіс онлайн  
[www.ikk-gesundplus.de/lichtbild-neumitglieder](http://www.ikk-gesundplus.de/lichtbild-neumitglieder)



**\*\* Заява про конфіденційність щодо зберігання та обробки Вашого фото**  
Для створення електронної картки здоров'я із зображенням уповноважений постачальник послуг повинен зберегти Ваше фото як цифрове зображення. Він зобов'язаний зберігати оцифроване зображення в захищеному режимі. Саме фото буде знищено після виготовлення картки здоров'я із зображенням відповідно до вимог захисту даних. Його зберігання є необхідним у зв'язку з технологічним процесом. Зберігання графічних даних дозволяє Вам, наприклад, у разі втрати картки, без будь-яких зусиль запросити нову. Якщо Ви бажаєте, щоб Ваші дані були видалені до закінчення строку їх зберігання, просимо звернутися до нас.  
☎ 0800 1016470 (24/7 за нульовим тарифом)

# Заявка на членство Частина 2

## Страхові дані

Більше результатів. Більше послуг. Стати членом.

### Я працевлаштований

з

Назва, поштова адреса, телефон роботодавця/відповідального постачальника соціальних послуг

Я отримую допомогу по безробіттю I. (Додайте копію актуального повідомлення про призначення допомоги.)

Я отримую допомогу по безробіттю II. (Додайте копію повідомлення про призначення допомоги.)

Я маю родинний зв'язок із роботодавцем або маю частку участі в підприємстві.

Я самозайнятий(-а) або маю дохід від самозайнятості. (Будь ласка, надайте підтверджуючі документи.)

### Моя попередня страховка

Востаннє я був застрахований у лікарняній касі в межах обов'язкового медичного страхування.

Назва лікарняної каси/медичного страховика

До цього часу я мав/мала приватну медичну страховку.

з - по (місяць/рік)

До цього часу я мав/мала іншу медичну страховку. (Додайте копію підтверджуючого документа.)

До цього часу я жив/жила за кордоном.

До подання заявки на членство я був/була включений до сімейної страховки у межах обов'язкового медичного страхування.

Прізвище, ім'я основного застрахованого

Назва страхової організації

Дата народження основного застрахованого

Включений до сімейної страховки з - по (місяць/рік)

### Я отримую пенсію

Я отримую німецьку чи іноземну пенсію або виробничу пенсію та/або дохід, аналогічний пенсії, такий як, наприклад, виплати на забезпечення життя від колишнього роботодавця. (Додайте копію повідомлення про призначення пенсії або останнього її коригування.)

Вид пенсії

Місце виплати

### Збереження та використання даних в рекламних цілях

Я погоджуюся на те, щоб ІКК gesund plus та уповноважені нею постачальники послуг повідомляли мене телефоном про поточні пропозиції у сфері охорони здоров'я та страхування. Цим я даю згоду на зберігання та використання моїх персональних даних для зазначеної мети. Цю згоду я можу відкликати у будь-який час із припиненням її дії на майбутнє.

Дата, підпис члена