

**ТВОЯ
ТУРБОТЛИВА
КАСА МЕДИЧНОГО
СТРАХУВАННЯ.**

ТАК, Я ХОЧУ СТАТИ ЧЛЕНОМ NOVITAS ВКК

 Дата початку (ДД.ММ.РРРР) (Beginn-Datum)

- Я працівник/працівниця з обов'язковим страхуванням (pflicht.ArbN) митець/мисткиня (Künstler) учень/учениця на виробництві (Azubi) безробітний/безробітна (Arbeitslos)
- працівник/працівниця з добровільним страхуванням (freiwill.ArbN) сезонний працівник/сезонна працівниця (SaisonA) школяр/школярка (Schüler) Jobcenter
- самозайнята особа (Selbstst.) пенсіонер/пенсіонерка (Rentner) студент/студентка (Student) Agentur für Arbeit

ПЕРСОНАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Моя стать: (Geschl.) жіноча (weibl.) чоловіча (männl.) інша (divers) не визначено (unbest.)

 Прізвище (Nachname)
 Ім'я (Vorname)

 Дата народження (ДД.ММ.РРРР) (Gebt.)
 Місце народження (GebOrt)
 Сімейний стан (Familienstand)

 Індекс (PLZ)
 Нас. пункт (Ort)
 Номер пенсійного страхування (RVNr.)

 Вулиця, номер будинку (Straße, Hausnummer)
 Медичне страхування № (KVNr.)

 Номер телефону/мобільний (Telefon)
 Адреса електронної пошти (E-Mail-Adresse)

Номер телефону та адреса електронної пошти: (Angabe der Telefonnummer und der E-Mail-Adresse)

Встановлюючи цей прапорець, я погоджуюся з тим, що Novitas ВКК може зв'язатися зі мною телефоном або електронною поштою, використовуючи мій номер (мобільного) телефону чи адресу електронної пошти, щодо моїх вимог на надання передбачених законом послуг медичного страхування, передбачених статутом додаткових послуг, власних послуг, а також юридичних змін в обов'язковому медичному страхуванні або з питань мого страхового захисту. Цю заяву про згоду можна в будь-який час відкликати, звернувшись до Novitas ВКК листом, факсом, електронною поштою або телефоном. Передавання третім особам не відбувається. Надання даних є добровільним. Відмова від відповіді не матиме для вас негативних наслідків.

Я ПРАЦЮЮ В

 Назва роботодавця або навчальної компанії (Name AG)
 працюю з (ДД.ММ.РРРР) (besch. seit)

 Індекс (PLZ)
 Нас. пункт (Ort)
 Вулиця, номер будинку (Straße, Hausnummer)

Моя місячна заробітна плата становить: до 520 євро на місяць (мініробота) більше 5.550 євро на місяць (Brutto-Arbeitsentgelt)

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПОПЕРЕДНЄ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ

Останнього разу я був застрахований/була застрахована (zuletzt versichert)

 з (ДД.ММ.РРРР) (vom)
 до (ДД.ММ.РРРР) (bis)
 в касі медичного страхування (Krankenkasse)

як основна застрахована особа (selbst versichert)

на умовах сімейного страхування в особі (familienversichert über)

 Прізвище, ім'я (Name, Vorname)
 Дата народження (ДД.ММ.РРРР) (Geburstag)
 Номер медичного страхування (KVNr.)

не мав/не мала обов'язкового страхування (nicht gesetzlich versichert)

 since (DD.MM.YYYY) (seit)
 Reason (e.g. privately insured, abroad) (Grund)

Причина зміни каси страхування: Зміна страхових відносин (наприклад, зміна роботодавця, початок отримання допомоги з безробіття тощо) (Vers.-verhältnis)

Звільнення (Kündigung)

ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ

- Так, у мене є члени сім'ї, які також повинні бути застраховані безкоштовно разом зі мною. Прошу надіслати мені анкету.
- Я знаю інших людей, які хочуть стати членами Novitas ВКК. (MwM) (Fami)

ПІДПИС

 Нас. пункт, дата та підпис

 МА (заповнюється представником Novitas ВКК)

 Vermittler – ID (заповнюється представником Novitas ВКК)

Повідомлення про конфіденційність. Дані збираються на підставі положень закону та необхідні для виконання завдань Novitas ВКК. Коли ви починаєте своє членство в Novitas ВКК, ви також автоматично отримуєте страхування на випадок необхідності в довгостроковому догляді. Додаткову інформацію про обробку даних відповідно до статті 13 DSGVO див. на сторінці novitas-bkk.de/datenschutz. Станом на: BE-E 12 | 2022