



Загальні дані про члена лікарняної каси

Allgemeine Angaben zum Mitglied

Так, я бажаю стати _____ членом ККН.

Ja, ich werde zum (...) Mitglied der KKN.

Пані Пан Академічний ступінь _____
Frau Herr Akad. Grad

Прізвище, ім'я | Name, Vorname

За потреби прізвище під час народження | Ggf. Geburtsname Дата народження | Geburtsdatum

Стать: жіноча чоловіча інше*
Geschlecht: weiblich männlich divers*

Місце народження | Geburtsort Громадянство | Staatsangehörigkeit

Вулиця, № будинку | Straße, Hausnummer

Поштовий індекс | PLZ Населений пункт | Ort

Телефон/мобільний** | Telefon/mobil**

Ел. пошта** | E-Mail**

незаміжня/неодружений заміжня/одружений вдова/
ledig verheiratet verwitwet

розлучена/розлучений цивільне/партнерство***
geschieden verpartnert***

поки що немає
noch keine vorhanden

Номер пенсійного страхового полиса | Rentenversicherungsnummer

Номер полиса медичного страхування (KVNR) | Krankenversicherungsnummer (KVNR)

Я хочу змінити лікарняну касу з такої причини

Ich möchte aus folgendem Grund die Krankenkasse wechseln

Зміна роботодавця
Arbeitgeberwechsel

Втрата роботи
Eintritt in die Arbeitslosigkeit

Початок самостійної діяльності
Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit

Початок навчання у ВНЗ
Aufnahme eines Studiums

Спливання терміну дії
Ablauf der Bindefrist

Підвищення суми додаткового внеску в мої попередній
лікарняній касі
Erhöhung des Zusatzbeitrages meiner bisherigen Krankenkasse

Інші причини зміни
Wechsel aus anderen Gründen

Загальні дані про страхове покриття

Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz

Мій статус ... | Ich bin ...

Найманий робітник (робітниця) Учень (учениця)
Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r)

Студент(ка) Пенсіонер(ка)/чиновник (чиновниця)
Student(in) у відставці Rentner(in)/Pensionär(in)

Самозайнята особа
Selbstständige(r)
(будь ласка, заповніть заявку на розрахунок внесків залежно від доходу)
(Bitte Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung ausfüllen.)

Інше _____
Sonstiges

Найменування роботодавця/ВНЗ | Name Arbeitgeber/Hochschule

Вулиця, № будинку | Straße, Hausnummer

Поштовий індекс | PLZ Населений пункт | Ort

дата початку роботи/навчання щомісячна оплата бруто (євро)
beschäftigt seit/studiere ab mtl. Bruttoentgelt (EUR)

Я перебуваю з роботодавцем у родинних/шлюбних
відносинах.
Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.

У мене є частка в компанії (товаристві).
Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.

Вид участі | Art der Beteiligung

У мене є ще одна робота.
Ich habe eine weitere Beschäftigung.

Я займаюся (окрім цього) самостійною діяльністю з _____.
Ich bin (daneben) seit (...) selbstständig erwerbstätig.

Я отримую пенсію (наприклад, пенсію для сиріт, пенсію
овдовілим, пенсію за віком від підприємства або пенсійні
виплати державного службовця).
Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder
Versorgungsbezug).

Останнім часом я був(ла) застрахований(а):

Ich war zuletzt versichert:

дата початку | von дата закінчення | bis

Назва поточної лікарняної каси (приватна, законодавчо встановлена, іноземна) Адреса
вищезазваної лікарняної каси
bei (Name und Anschrift der derzeitigen Krankenkasse (private, gesetzliche, ausländische))

за кордоном _____
im Ausland Дата прибуття до Німеччини | Zugang in Deutschland am

Номер полиса міжнародного страхування | Internationale Versicherungsnummer



* інше в сенсі § 22, абзац 3 PStG (Закон про особистий статус) ** вказується за бажанням *** цивільними партнерами вважаються особи однієї статі, які декларували своє партнерство згідно з Законом про реєстрацію цивільного партнерства (LPartG).

*divers im Sinne des § 22 Abs. 3 PStG ** freiwillige Angaben *** Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

Тип моєї попередньої страховки:

Ich war versichert als:

- обов'язкова страховка (наприклад, робітник, студент, пенсіонер)
Pflichtmitglied (z. B. Arbeitnehmer, Student, Rentner)
- добровільна страховка (наприклад, робітник, самозайнята особа, дитина, студент, подружжя тощо)
freiwilliges Mitglied (z. B. Arbeitnehmer, Selbstständiger, Kind, Student, Ehegatte usw.)
- сімейна страховка
familienversichert
- ще не застрахований(а) в Німеччині
noch nie in Deutschland versichert

Додаткові дані для студентів:

Zusätzliche Angaben bei Studenten:

- Я подаю заявку на сплату щомісячних внесків (потрібен мандат SEPA. Будь ласка, додайте довідку про зарахування до ВНЗ).
Ich beantrage die monatliche Beitragszahlung. (SEPA-Mandat ist erforderlich. Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

Інші дані

Sonstige Angaben

- Я хочу водночас безкоштовно застрахувати членів родини (будь ласка, також заповніть заявку на сімейну страховку).
Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern. (Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen.)
- У мене є діти (важливо для розрахунку внесків для страхування на випадок потреби в постійному догляді).
Ich habe Kinder. (Wichtig für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung)
- Я маю визнане право на отримання послуги від органу соціального страхування, професійної спілки або інших установ.
Ich habe anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.

Інформація потрібна для виконання завдань компанії KKH, зокрема для обробки заявки; дані збираються та обробляються на підставі § 284 SGB V та § 94 SGB XI. Більше про обробку даних і про ваші права ви можете прочитати в доданому інформаційному листі, а також на нашому сайті за адресою kkh.de/datenschutz. Своїм підписом я підтверджую правильність усіх даних у цій заяві.

Die Angaben sind zur Erfüllung der Aufgaben der KKH, insbesondere der Antragsbearbeitung, erforderlich; die Daten werden aufgrund § 284 SGB V und § 94 SGB XI erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte den beiliegenden Informationen sowie unserer Internetseite kkh.de/datenschutz. Die Richtigkeit aller Angaben auf diesem Antrag bestätige ich durch meine Unterschrift.

Компанію KKH мені рекомендували:

Die KKH wurde mir empfohlen durch:

Прізвище, ім'я | Name, Vorname

Заяви про згоду

Einwilligungserklärungen

Я погоджуюся з тим, що компанія KKH інформує мене електронною поштою або телефоном за відміченими нижче темами та з цією метою також зберігає, обробляє та використовує мої контактні дані до спливання терміну дії моїх страхових відносин у компанії KKH.

Ich willige ein, dass die KKH mich zu den unten angekreuzten Themen per E-Mail oder Telefon informiert und zu diesen Zwecken auch meine Kontaktdaten bis zum Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der KKH speichert, verarbeitet und nutzt.

- опитування клієнтів, продукти та послуги компанії KKH
Kundenbefragung, KKH Produkte und Services
- додаткове приватне страхування
private Zusatzversicherungen

Ці згоди є добровільними, і я в будь-який час можу відкликати їх, надавши до компанії KKH заяву у довільній формі, наприклад, телефоном, електронною поштою або листом.

Diese Einwilligungen sind freiwillig und ich kann sie jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.

Каса для догляду від компанії KKH

Pflegekasse bei der KKH

Подача заяви також означає включення страхування в компанії KKH на випадок потреби в постійному догляді.

Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH mit ein.

- Ні, мене звільнено від соціального страхування на випадок потреби у постійному догляді (будь ласка, додайте довідку).
Nein, ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit. (Bitte Nachweis beifügen.)

X

Дата | Datum

Підпис | Unterschrift