

Заявление о вступлении в ККН

Общие данные о заявителе

Да, я согласен(на) стать _____ членом Коммерческой больничной кассы (ККН).

☐ Г-н ☐ Г-жа Обращение _____

Имя и фамилия _____

Девичья фамилия (если другая) _____ Дата рождения _____

Место рождения _____ Гражданство _____

Улица, номер дома _____

Индекс/город _____

Телефон/мобильный телефон:*

Эл. почта*

☐ не женат/не замужем ☐ женат/замужем ☐ вдовец/вдова

☐ разведен(а) ☐ состою в гражд. партнерстве**

Номер полиса пенсионного страхования _____ ☐ не имею

Общие данные о страховании

Я являюсь...

☐ Наемным работником ☐ Стажером ☐ Студентом
☐ Пенсионером ☐ Предпринимателем (Заполните заявление об отчислении взносов в зависимости от дохода)

☐ Прочее _____

Работодатель/Учебное заведение _____

Улица /Номер дома _____

Индекс/город _____

работаю с/учусь с/до _____ ежемес. _____ общий доход (EUR)

☐ Я состою в кровном родстве/свойстве с работодателем.

☐ Я имею долю в компании.

Вид участия _____

☐ Я также работаю по совместительству.

☐ Я (также) с _____ занимаюсь предпринимательской деятельностью.

☐ Я получаю пенсию (например пенсию по утрате родителей, пенсию вдове умершего, пенсию предприятия или пенсионные выплаты).

* Необязательные сведения

** Гражданскими партнерами считаются лица одного пола, зарегистрировавшие свои отношения согласно Закону о зарегистрированных гражданских партнерствах (LPartG).

До последнего времени я был ...

☐ членом государственной больничной кассы (Приложите подтверждение об отказе)

☐ застрахован по семейной страховке

☐ застрахован в частной страховой фирме (ВПриложите актуальное подтверждение страхования)

С _____ до _____ застрахован на случай болезни (по государственной или частной программе)

Дополнительные сведения для студентов

☐ Я являюсь студентом _____ семестра ☐ Бакалавр ☐ Магистр

Специальность (Приложите справку с места учебы.) _____

☐ Я согласен платить ежемесячные взносы. (Требуется прямое платежное поручение)

Прочие данные

☐ Я хочу бесплатно включить в страховку членов моей семьи. (Заполните заявление на оформление семейного страхования)

☐ У меня есть дети. (Важно для исчисления суммы взносов при оформлении страхования на случай потребности в уходе)

☐ У меня есть подтвержденные права на получение страхового пособия у ведомства по социальным вопросам, отраслевой страховой организации или других страховщиков.

Обслуживание

Я согласен с тем, что данные, отмеченные мной, будут сохранены, обработаны и использованы, а также с тем, что меня будут информировать по электронной почте, телефону, факсу или SMS.

Мне известно, что данное согласие может быть отозвано мной в любое время в ККН посредством заявления в свободной форме.

☐ в целях опроса мнения клиентов о продуктах и услугах ККН

☐ в целях предоставления информации о дополнительных страховых программах наших партнеров

Страховая касса ККН на случай возникновения потребности в уходе

Данное соглашение также включает с ККН договор о страховании на случай потребности в уходе.

☐ Нет, я освобожден от социального страхования на случай потребности в уходе. (Приложите подтверждение)

Вышеозначенные данные необходимы для правомерного выполнения ККН своих обязанностей; они собираются и сохраняются на носителях информации в соответствии с предписаниями §§ 53 и 284 SGB V (Социального кодекса 5) и § 94 SGB XI (Социального кодекса 11). Гарантируется конфиденциальность и защита Ваших данных. Правильность всех данных, указанных в данном заявлении, подтверждается подписью.

Дата _____

X

подпись _____

ККН, Hauptverwaltung, 30144 Hannover
Телефон: 0511.28 02-0, Факс: 0511.28 02-21 96
service@kkh.de, www.kkh.de



**Kaufmännische
Krankenkasse**