

Persönliche Angaben | Персональні відомості

Ich werde Mitglied bei der IKK BB ab
(bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt)
Я стаю членом лікарняної каси IKK BB з _____
(чи якомога скоріше)

Meine persönlichen Daten | Персональні відомості про мене

weiblich жіноча männlich чоловіча divers різна unbestimmt невизначена

Vorname | Ім'я _____

Name | Прізвище _____

Straße + Hausnummer
Вулиця + номер будинку _____

PLZ + Ort
Індекс + населений пункт _____

Telefon * | Телефон * _____

E-Mail * _____

Geburtsdatum
Дата народження _____

RV-Nummer
Номер пенсійного

страхування _____

Steuerident-Nummer
ІПН _____

Geburtsname
Прізвище при народженні _____

Geburtsort
Місце народження _____

Geburtsland
Країна народження _____

Staatsangehörigkeit
Громадянство _____

Familienstand | Сімейний стан

ledig | не одружений _____

verheiratet seit | одружений з _____

geschieden seit | розлучені, з _____

Meine bisherige Versicherung | Моє попереднє страхування

Ich war zuletzt | До останнього часу я мав

pflichtversichert обов'язкове страхування familienversichert сімейне страхування
 freiwillig versichert добровільне страхування privat versichert приватне страхування
 Im Ausland versichert страхування в іншій країні Absicherung in Sondersystemen (freie Heilfürsorge, ...) Спеціальне страхування (безкоштовне медичне обслуговування, ...)

vom | від _____ bis | до _____

bei der _____

в _____ (Name der Vorversicherung) | (найменування органу страхування)

Grund meines Wechsels | Причина зміни

- Kündigung der bisherigen Krankenkasse zum Ende des übernächsten Monats | Анулювання попередньої лікарняної каси до кінця наступного через один місяця
- Sofortige Wahl bei Arbeitgeberwechsel / Renteneintritt / Beschäftigungsaufnahme / Arbeitslosengeldbezug | Негайний вибір через зміну роботодавця / вихід на пенсію / працевлаштування / одержання допомоги з безробіття

Angaben zum Versicherungsverhältnis | Деталі страхових відносин

Ich bin ab / seit | Я з / від _____

- Arbeitnehmer | найманий працівник Auszubildender стажер
- freiwillig versicherter Arbeitnehmer | найманий працівник без обов'язкового страхування selbstständig самозайнята особа
- Rentner / Rentenantragsteller | Пенсіонер / заявник на отримання пенсії Künstler Діяч мистецтва
- Bezieher von Arbeitslosengeld | одержую допомогу з безробіття oder II або II
- Stamm- / Bedarfsgemeinschaftsnummer | Основний номер чи номер в спільноті нужденних _____
- sonstiges інше _____
(Student, Praktikant, Rehabilitand, ...) | (студент, практикант, проходжу реабілітацію, ...)

Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter/Kommune

Найменування роботодавця/бюро працевлаштування/центру зайнятості/муніципалітету

Straße + Hausnummer _____

Вулиця + номер будинку _____

PLZ + Ort _____

Індекс + населений пункт _____

Telefon | Телефон _____

- Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung und/oder eine ausländische gesetzliche Rente. | Я отримую пенсію від Німецького фонду пенсійного страхування та/або іноземну обов'язкову пенсію.
- Rentenart, Rentenversicherungsträger | Вид пенсії, установа пенсійного страхування _____

Sonstiges | Інше

- Meine Kinder sollen bei der IKK BB familienversichert werden. Я бажаю, щоб мої діти мали сімейне страхування в лікарняній касі IKK BB.
 * Ich bin einverstanden, dass die IKK BB mich telefonisch oder per E-Mail zu ihren Angeboten informiert. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich, telefonisch oder per E-Mail an service@ikkbb.de widerrufen. Я даю згоду на те, що IKK BB може інформувати мене про свої пропозиції телефоном чи електронною поштою. Я можу відкликати цю згоду в будь-який час із дією на майбутнє в письмовому вигляді, телефоном чи електронною поштою service@ikkbb.de.

- * Ja, ich möchte den IKK BB-Newsletter erhalten (E-Mail-Adresse laut Allgemeinen Angaben). Diese Einwilligung kann ich jederzeit über den Newsletter-Abmeldelink widerrufen. Так, я хотів би отримувати інформаційний бюлетень IKK BB (на електронну пошту, зазначену в загальних відомостях) Цю згоду я можу відкликати в будь-який час через посилання в інформаційному бюлетені.

* Name, Vorname und Geburtsdatum Ehepartner(in) / Lebenspartner(in)
Прізвище, ім'я та дата народження чоловіка/дружини чи партнера/ки

* Name der Krankenkasse des Partners
Найменування лікарняної каси партнера

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer Daten dient der Durchführung Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung und beruht auf den §§ 175 und 284 SGB V sowie 20 und 94 SGB XI. Die Verpflichtung zur Auskunft ergibt sich aus den §§ 206 SGB V und 50 SGB XI. Die Angabe der mit * gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit für die Zukunft bei der IKK BB widersprechen. Eine Weiterleitung der Daten an Dritte erfolgt nicht. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.ikkbb.de/datenschutz

Повідомлення про захист даних: Збір ваших даних відбувається для здійснення страхування на випадок хвороби та необхідності медичного догляду та здійснюється на підставі §§ 175 та 284 SGB V, а також 20 та 94 SGB XI. Обов'язок надавати інформацію викає з §§ 206 SGB V та 50 SGB XI. Надання відомостей, позначених *, є добровільним. Ви можете в будь-який час у майбутньому заперечити проти використання цих даних, зв'язавшись з IKK BB. Ці дані не передаються третім особам. З додатковою інформацією на цю тему можна ознайомитися за посиланням.

IKK BB-Berater | Консультант IKK BB

Vermittlernummer | Номер посередника

Datum | Дата

Unterschrift des Kunden | Підпис клієнта