

Форма заяви про приєднання до страхового договору для отримувачів фінансової допомоги відповідно до II та III книги Соціального кодексу (SGB II і III) (Beitrittserklärung für Leistungsbezieher nach dem SGB II und III)

Будь ласка, заповніть друкованими літерами (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.)

Я хотів би стати членом договору страхового покриття від Mobil Krankenkasse починаючи з дати:

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

(Ich möchte Mitglied bei der Mobil Krankenkasse werden ab)

- Оформлення по безробіттю
(Eintritt in die Arbeitslosigkeit)
- Переукладення договору після завершення строку дію страхового покриття
(Wechsel nach Ablauf Bindungsfrist)
- Збільшення суми страхового внеску
(Erhöhung des Zusatzbeitrags)

Мої персональні дані (Meine persönlichen Angaben)

<input type="checkbox"/> Чоловіча (Mann) <input type="checkbox"/> Жіноча (Frau) <input type="checkbox"/> Інша (Divers)	Страховий номер (Versicherten-Nr.)	_____
Ім'я (Vorname)	Прізвище (Nachname)	_____
Вулиця, буд. № (Straße, Nr.)	Дата народження (Geburtsdatum)	_____
Поштовий індекс (Postleitzahl)	Населений пункт (Ort)	Земля (Land)
Сімейний стан (Familienstand)	_____	
Телефон (Telefon)	Адреса ел. пошти (E-Mail)	_____
Номер пенсійного страхування (Rentenversicherungsnummer)	_____	
Якщо у вас ще немає номера пенсійного страхування, надайте таку інформацію:		
Країна та місце народження (Geburtsland und -ort)	Прізвище при народженні (Geburtsname)	_____
Громадянство (Staatsangehörigkeit)	_____	

Інформація про дохід - Я отримую (Angaben zu Einkünften – Ich beziehe)

з якої дати (seit/ab) _____

- Фінансову допомогу по безробіттю. Я додаю офіційне повідомлення про призначення фінансової допомоги (Arbeitslosengeld. Den Leistungsbescheid habe ich)
- як вкладення. (beigelegt)
- надам додатково. (reiche ich nach)
- Фінансову допомогу по безробіттю II. Я додаю офіційне повідомлення про призначення фінансової допомоги (Arbeitslosengeld II. Den Leistungsbescheid habe ich)
- як вкладення. (beigelegt)
- надам додатково. (reiche ich nach)

Я додатково отримую (Zusätzlich beziehe ich)

- Пенсію.(Rente) Пенсію від підприємства/виплати від минулого роботодавця. (Betriebsrente/Versorgungsbezüge)
- Інше. Будь ласка, надайте документи для підтвердження. (Sonstiges. Bitte reichen Sie einen Nachweis ein.)

Наявність права на отримання фінансової допомоги (Beihilfeanspruch)

- Ні. (nein) Так. Будь ласка надайте відповідні документи. (ja, Bitte reichen Sie entsprechende Unterlagen ein.)

Форма заяви про приєднання до страхового договору для отримувачів фінансової допомоги відповідно до II та III книги Соціального кодексу (SGB II і III)

(Beitrittserklärung für Leistungsbezieher nach dem SGB II und III)

Востаннє я мав оформлене страхування в такій медичній страховій компанії

(Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse)

Назва

(Name)

Адреса

(Anschrift)

Шифр постачальника послуг*

(Kennnummer Träger)

№ 7 на звороті поточної електронної медичної картки

(Nr. 7 auf der Rückseite ihrer aktuellen elektronischen Gesundheitskarte)

сімейне страхування (familienversichert)

обов'язкове страхування (pflichtversichert)

добровільне страхування (freiwillig versichert)

страхування через приватну компанію (privat versichert)

Я хочу застрахувати свою сім'ю без додаткових витрат (Ich möchte meine Familie beitragsfrei mitversichern)

Так (ja) Ні (nein)

Мене направив (Ich wurde geworben von)

Ім'я (Vorname)

Прізвище (Name)

Страховий номер (Versichertennummer)

Назва й адреса банківської установи

(Name und Ort des Geldinstituts)

DE ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
IBAN (International Bank Account Number) – 22-значний номер
(IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig)

____ / ____ / ____ / ____
BIC (Business Identifier Code) – 11-значний код
(BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig)

Ім'я та прізвище власника рахунку
(Vorname und Name des Kontoinhabers)

Підпис особи, що направила
(Unterschrift Werber)

Інформована згода (Einwilligungserklärung)

Я погоджуюся з тим, що компанія Mobil Krankenkasse може дізнатися мій ідентифікаційний номер платника податків (податковий ідентифікаційний номер) від Центрального управління пенсійних активів (ZfA) під час виконання своїх обов'язків щодо надання інформації компаніями медичного страхування.

(Ich willige ein, dass die Mobil Krankenkasse im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflichten für Krankenkassen meine Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID-Nr.), soweit ich diese nicht angegeben habe, bei der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) erfragen darf.)

Політика конфіденційності (Datenschutzhinweis)

Компанія Mobil Krankenkasse (адреса: Фріденгаймер Брюке 29, 80639, м. Мюнхен (Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München), телефон: 0800 255 0800, електронна пошта: info@service.mobil-krankenkasse.de) як особа, що опрацьовує дані, запитує отримання інформації, яка необхідна для проведення відповідних перевірок та визначення статусу страхових відносин або надання членства в договорі страхування в рамках Розділу 5 Книги V Соціального кодексу (SGB V), Розділу 186 та наступних SGB V, Розділу 229 SGB V, розділу 20 SGB XI та Розділу 57 SGB XI. У разі необхідності ваші дані можуть бути передані до податкової інспекції. Більше інформації див. на сайті mobil-krankenkasse.de/datenschutz

(Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.mobil-krankenkasse.de) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Feststellung des Versicherungsverhältnisses bzw. der Mitgliedschaft im Rahmen von § 5 Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 186 ff. SGB V, § 229 SGB V, § 20 SGB XI und § 57 SGB XI. Ihre Angaben werden ggf. an das Finanzamt weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

Підтвердження наданої інформації (Bestätigung meiner Angaben)

Дата
(Datum)

Підпис (або підпис законного представника, якщо застосовується)
(Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter))