

Declarație de aderare la KKH

Informații generale privind membrul

Da, în data de _____ voi deveni membru al KKH.

☐ Domnul ☐ Doamna Formulă de adresare suplimentară _____

Prenume și nume de familie

După caz, numele de naștere Data nașterii

Locul nașterii Cetățenie

Stradă, număr clădire

Cod poștal, localitate

Telefon/Mobil:*

E-mail*

☐ necăsătorit ☐ căsătorit ☐ văduv ☐ divorțat ☐ în parteneriat civil**

Numărul asigurării de pensie ☐ nu există încă

Informații generale privind protecția prin asigurare

Sunt ...

☐ angajat(-ă) ☐ practicant(-ă) ☐ student(-ă)

☐ pensionar(-ă) ☐ lucrător(-oare) independent(-a) (vă rugăm să completați cererea pentru estimarea contribuției în funcție de venituri)

☐ Diverse _____

Nume angajator/universitate

Stradă, număr clădire

Cod poștal/Localitate

angajat din/studiez începând cu/până pe, cu aproximație venit lunar brut (EUR)

☐ Sunt înrudit/încuscrit cu angajatorul.

☐ Dețin participații la firmă (societate).

Tipul participației

☐ Am încă o ocupație.

☐ Începând din _____ sunt (în plus) lucrător independent.

☐ Beneficiez de o pensie (de ex. pensie de orfan, pensie de urmaș, pensie ocupațională sau pensie specială).

Ultima oară am fost ...

☐ membru al unei case de asigurări de sănătate legale (vă rugăm să anexați confirmarea de reziliere)

☐ asigurat în cadrul familiei

☐ asigurat la o casă de asigurări de sănătate privată (vă rugăm să anexați dovada actuală privind asigurarea)

asigurat la o casă de sănătate (legală sau privată) de la _____ până la _____

Informații suplimentare pentru studenți

☐ Sunt student în semestrul _____ ☐ de studii de licență ☐ de masterat

Anul de studii (vă rugăm să anexați adeverința de student.)

☐ Solicit plata lunară a contribuției. (este necesar un mandat de debit direct)

Alte informații

☐ Doresc ca membrii de familie să fie coasigurați gratuit. (vă rugăm să completați de asemenea cererea pentru asigurare la nivel de familie)

☐ Am copii. (important pentru estimarea contribuției în asigurarea de îngrijire pe termen lung)

☐ Am drepturi la beneficii recunoscute față de casa de pensii, o asociație profesională sau alte instituții competente.

Servicii

Sunt de acord ca datele furnizate la punctele bifate mai jos să fie stocate, procesate și utilizate și să fiu informat prin e-mail, telefon, fax sau SMS. Cunosc faptul că pot revoca în orice moment prezentul acord prin intermediul unei declarații simple către KKH.

☐ în scopul chestionării clienților, respectiv pentru produse și servicii KKH

☐ asigurări private suplimentare ale partenerului cu care colaborăm

Sistemul de asigurări de îngrijire pe termen lung la KKH

Aderarea include asigurarea de îngrijire pe termen lung la KKH.

☐ Nu, sunt scutit de plata asigurării de îngrijire pe termen lung. (vă rugăm să anexați dovada)

Informațiile sunt necesare în vederea îndeplinirii sarcinilor KKH din perspectivă legală; acestea sunt colectate și stocate pe suporturi de date, în baza prevederilor Art. 53 și 284 din SGB V (Codul Social German, volumul cinci) și Art. 94 SGB XI (Codul Social German, volumul unsprezece). Informațiile dumneavoastră sunt tratate cu confidențialitate și sunt supuse legii privind protecția datelor. Prin prezenta semnătură se certifică corectitudinea tuturor informațiilor din această cerere.

Data

X

Semnătură

KKH, Hauptverwaltung, 30144 Hannover
Telefon 0511.28 02-0, Telefax 0511.28 02-21 96
service@kkh.de, www.kkh.de

* Informații opționale

**Sunt considerate parteneri de viață persoanele de același sex, care și-au declarat parteneriatul în conformitate cu Legea germană privind parteneriatul civil înregistrat (LPartG).



**Kaufmännische
Krankenkasse**