



- Смена работодателя
 Смена после истечения срока для расторжения договора
 Особое право на расторжение

Личные данные		 Пожалуйста, заполните полностью!
Пол: <input type="checkbox"/> женский <input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> другой <input type="checkbox"/> неопределённый		
Фамилия:		Имя:
Адрес:		
Дата рождения:		Место рождения:
Страна рождения:		Номер страхового полиса:
Семейное положение:		
У меня есть телесные повреждения/повреждение здоровья <input type="checkbox"/> Да		
 Вопрос служит исключительно для проверки возможных требований о возмещении или компенсации к третьим лицам (например, последствия несчастного случая, ошибки лечения).		
ИНН:		№ пенсионного страхования (RV-Nr.):
Дополнительная информация, если у вас нет RV-Nr.: Фамилия при рождении, гражданство:		
<input type="text"/>		

Информация о предыдущем медицинском страховании


- В последний раз я был(а) застрахован(а) в рамках обязательного страхования
 застрахован(а) в частном порядке добровольно застрахован(а)
 застрахован(а) в рамках семейного страхования
- Последняя страховка с по
- Название моей предыдущей компании медицинского страхования:

Информация о работодателе

- Я работаю с:
- Название моего работодателя:
- Адрес моего работодателя:
- Взносы уплачиваются
 моим работодателем. мной лично.

Дополнительные сведения

- Я обучающийся.
 Я осуществляю самостоятельную деятельность.
 Я получаю пособие по безработице I.*
 Я получаю пособие по безработице II.*
 Я впервые застрахован в Германии.
 Я имею право на пособие.*


 * Пожалуйста, приложите извещение об уплате!

Положение о защите персональных данных!


Ваши персональные данные (социальные данные) нужны нам для возможности выполнять наши задачи. Дополнительная информация об обработке данных в соответствии со статьёй 13 Общего регламента о защите персональных данных доступна по адресу <https://www.bkk-vdn.de/datenschutz>.

Я даю согласие на то, чтобы BKK VDN хранил и использовал предоставленные мной личные данные, чтобы иметь возможность консультировать меня, быстро обрабатывать мои запросы и связываться со мной в случае необходимости. Согласие является добровольным и может быть отозвано в письменной форме в любое время в будущем. Данные не передаются третьим лицам.


Информация о пенсии

- Я получаю пенсию или подал(а) заявление на получение пенсии.
 Я получаю доходы в виде ранее полученных пособий и льгот по социальному обеспечению, т.е. пенсии от предприятия, выплаты по инвестициям.
 Я получаю пенсию иностранного государства.
 Пожалуйста, предоставьте подтверждение!

Сведения о страховании на случай необходимости в уходе

- Я мать/отец как минимум одного ребёнка.
 Пожалуйста, предоставьте соответствующие подтверждения (например, свидетельство о рождении)!


Должны ли родственники также быть застрахованы без уплаты взносов?

- нет
 да  Пожалуйста, заполните заявку на семейное страхование!

Информация для запросов

- Номер телефона:
- Электронная почта:

X

 Дата, подпись (при наличии законного представителя)