AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Ich möchte zum _____ Mitglied der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse werden.
Я хотів би _____ стати членом AOK Nordost – медичної страхової компанії.

Persönliche Angaben Особисті дані

Name, Geburtsname, Titel Прізвище, Прізвище при народженні, Звертання — Vorname Ім'я

Straße, Hausnummer Вулиця, Номер будинку

PLZ, Ort Поштовий індекс, Населений пункт — Geburtsort und Geburtsland місце народження та країна народження

Staatsangehörigkeit Громадянство — Familienstand сімейний стан — Geschlecht (m/w/d/unbekannt) Стать (м/ж/д/невідомо)

Telefonnummer/Handynummer (optional) Телефон/ Номер мобільного телефону (необов'язково)

E-Mail (optional) Ел. Пошта (необов'язково)

Geburtsdatum Дата народження

Rentenversicherungsnummer (falls bekannt) Номер пенсійного страхування (якщо відомо)

Krankenversicherungsnummer (falls bekannt) Номер медичного страхування (якщо відомий)

Familienversicherung Сімейне страхування

Wird für Familienangehörige die beitragsfreie Familienversicherung gewünscht? Буде сімейне страхування без внесків для членів сім'ї бажаний?

☐ Ja Так ☐ Nein ні

Familienfragebogen Анкета щодо сімейного страхування

☐ ist beigefügt додається ☐ wird nachgereicht . буде надано пізніше ☐ bitte zusenden будь ласка

Angaben zur Versicherung (mehrfach Nennung möglich)
Інформація про страхування (можна декілька записів)

☐ Arbeitnehmer робітники ☐ Auszubildender учень

☐ Arbeitslosengeld допомога по безробіттю ☐ Arbeitslosengeld II Допомога по безробіттю II

☐ Sonstiges інший .....

Arbeitgeber/Agentur f. Arbeit/Jobcenter Роботодавець/ агентство для. центр роботи/праці

Kundennummer Agentur f. Arbeit/Jobcenter Агентство номерів клієнтів для. центр роботи/праці

Telefonnummer Телефон

Straße, Hausnummer Вулиця, Номер будинку

PLZ, Ort Поштовий індекс, Населений пункт

☐ Rentenbezug in Deutschland пенсія в Німеччині

☐ Rentenbezug im Ausland пенсійні виплати за кордоном

☐ Rentenantrag gestellt am: Заява про призначення пенсії подана: .....

Rentenart und Rententräger Тип пенсії та надавача пенсій

☐ Versorgungsbezug довідка про пенсію

Art des Versorgungsbezuges und Name der Zahlstelle
Вид пенсійної виплати та назва платіжного

Angaben zur bisherigen Versicherung der letzten 5 Jahre (mehrfach Nennung möglich)
Інформація про попереднє страхування за останні 5 років (можливо кілька записів)

* Bitte Nachweis beifügen! *
* Будь ласка, надайте докази! *

☐ **Ich war zuletzt in Deutschland vom: Останній раз я був у Німеччині з:** Bis доки

Krankenkasse, bzw. vorherige Absicherung im Krankheitsfall
Медичне страхування або попередній захист на випадок хвороби

☐ **Ich war zuletzt im Ausland vom: Востаннє я був за кордоном з:** Bis доки

Land країна

☐ Pflichtmitglied Обов'язкове страхування ☐ Familienversichert Сімейне страхування ☐ freiwillig versichert Добровільне страхування ☐ privat versichert* приватне страхування* ☐ nicht versichert seit*: не застрахований, оскільки*: .....

Zusätzliche Angaben (z. B. Tätigkeit im Ausland, weitere Versicherungszeiten) Додаткова інформація (наприклад, робота за кордоном, інші страхові періоди)

☐ Hiermit erkläre ich, dass meine Mitgliedschaft zukünftig auch nach einer Unterbrechung von bis zu 12 Monaten fortgeführt werden soll, sofern für mich in der Zwischenzeit keine eigenständige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer anderen Krankenkasse bestand
Цим я заявляю, що моє членство буде продовжено в майбутньому навіть після перерви до 12 місяців, за умови, що я не мав незалежного обов'язкового медичного страхування в іншій медичній страховій компанії.

Datenschutz: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 i. V. m. § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Nordost, 14467 Potsdam oder unsere Datenschutzbeauftragte unter der Telefonnummer 0800 265 080 0 bzw. per E-Mail unter Datenschutz-Service@nordost.aok.de..

Захист даних: дані збираються та обробляються для виконання наших завдань відповідно до розділу 284, параграф 1, речення 1 № 1 у поєднанні з розділом 175 SGB V. Відповідно до § 60 SGB I та § 206 SGB V необхідна ваша співпраця. Членство не може бути надано без необхідних даних. Загальну інформацію про обробку даних та ваші права можна знайти на веб-сайті www.aok.de/nordost/datenschutzrechte або надати вам за запитом. Якщо у вас виникли запитання, будь ласка, зв'яжіться з AOK Nordost, 14467 Potsdam або з нашим спеціалістом із захисту даних за номером 0800 265 080 0 або електронною поштою Datenschutz-Service@nordost.aok.de

Ort, Datum Населений пункт, Дата — Unterschrift Mitglied oder Betreuer/Bevollmächtigter Підпис члена або керівника/уповноваженого представника — Unterschrift und Namensstempel des AOK-Beraters Підпис і печатка радника АОК

Bearbeitungsvermerke der AOK Nordost

Betriebsnummer: Anlass des Krankenkassenwechsels ☐ Dauer-ME vorhanden ☐

SAP-Nr.:

SAP-Nr. ext: MA 1 ☐ MA 2 ☐ Kundengruppe ☐

Hinweise eGK: **Bildbogen beifügt** ☐ **Bildbogen ausgehändigt/zugesandt** ☐ **Bildbogen zusenden** ☐
Bild in einem Bestand der AOK Nordost vorhanden ☐ **Bild von anderer AOK angefordert (AOK-interner KW)** ☐