

طلب عضوية

نعم، أريد بداية من أن أصبح عضوًا في شركة التأمين الصحي BERGISCHE Krankenkasse.

البيانات الشخصية

اللقب، الاسم الأول	الجنس	☐ ذكر ☐ أنثى
الشارع ورقم المنزل، الرمز البريدي والمكان		
الهاتف (بيان اختياري)	المحمول (بيان اختياري)	تاريخ الميلاد
البريد الإلكتروني (بيان اختياري)	رقم التأمين	
اسم الميلاد	مكان الولادة	بلد الميلاد
الجنسية	الحالة الاجتماعية	
رقم الحساب المصرفي الدولي IBAN (للدفع مقابل الخدمات)		

تفقت في آخر 3 سنوات على تعريفية اختيارية
☐ نعم ☐ لا

كنت خاضعًا للتأمين الصحي التالي في آخر 18 شهرًا

أخضع للتأمين الصحي في شركة BERGISCHE Krankenkasse بصفتي

☐ عضوًا إلزاميًا ☐ عضوًا اختياريًا بوصفي

أقوم بعمل حر

☐ نعم ☐ لا

اتقاضى معاشًا تقاعديًا (يرجى إرفاق قرار الحصول على المعاش)

☐ نعم ☐ لا

زوجي مؤمن عليه بنفسه وهو عضو في شركة التأمين

يتحمل التكاليف

☐ جهة العمل ☐ أنا ☐ التأمين الاجتماعي للفنانين

(بيان اختياري)

عرفت بشركة التأمين BERGISCHE عن طريق

(بيان اختياري، مثل يوم فعاليات، جهة العمل، وسيط شاملاً الاسم ورقم مقدم الاستشارة، الإنترنت، توصية من، أخرى)

جهة العمل التي أتبعها (أو الجامعة أو مؤسسة التدريب المهني إلخ)

اللقب	الموظف المختص بالتواصل	رقم الشركة
الشارع ورقم المنزل، الرمز البريدي والمكان		
الهاتف	أعمل لديها منذ	مكان العمل

نرجو أن ترسل لنا شهادة فسخ العضوية هناك مع طلب العضوية لدينا.

تنبيه: تبدأ الحماية من حيث المبدأ في إطار تأمين الرعاية التمريضية مع بداية التأمين الصحي نفسه.

تُعالج البيانات للقيام بواجباتنا وفق المواد 284 الفقرة 1 من الجزء الخامس قانون الشؤون الاجتماعية (SGB V) والمادة 94 الفقرة 1 بالجزء الحادي عشر من القانون نفسه (SGB XI). ويجب عليك الإدلاء ببياناتك وفق المادة 198 حتى 206 من القانون (SGB V). تجد معلومات عامة عن معالجة البيانات وعن حقوقك عبر الموقع: www.bergische-krankenkasse.de/datenschutz ويمكننا تسليمها لك يدويًا عند الطلب. كما يمكنني رفض معالجة بياناتي الاختيارية دون عواقب سلبية بالنسبة لي أو إلغائها في أي وقت مع تأثير مستقبلي لهذا الإلغاء. وأنا على علم بأن هذا لا يؤثر على قانونية المعالجة التي تمت سابقًا على أساس هذه الموافقة. ويمكنني تقديم طلب إلغاء المعالجة إلى: BERGISCHE Krankenkasse, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen.

جاهز لمطروف بنقطة بيانات

BERGISCHE KRANKENKASSE
42715 Solingen

المكان والتاريخ، التوقيع

Feuerabendt

للمعالجة الداخلية / رقم مقدم الاستشارة