

Так, я хочу стати членом vivida bkk

Номер консультанта

Членство з:

Мої персональні дані

☐ Пан ☐ Пані ☐ одружений/заміжня ☐ не одружений/незаміжня

Ім'я

Прізвище

Дата народження

Вулиця, номер будинку

Поштовий індекс, місто

Позначте ☐ Телефон*

хрестиком ☐ Моб. телефон*

пріоритет-ний спосіб зв'язку ☐ Ел. пошта*

№ пенсійного страхування

Країна, місце народження

Ім'я при народженні

Громадянство

Ідентифікаційний номер платника податків

*Дані, що надаються добровільно

Мій **роботодавець** / моя служба зайнятості / моя самозайнятість з:

Номер виробничого підрозділу, якщо відомо

Прізвище

Вулиця, номер будинку

Поштовий індекс, місто

Телефон Відділ кадрів

Додатково я отримую:

☐ Пенсію / пенсію підприємства ☐ допомогу з безробіття

☐ Доходи від самостійної діяльності ☐ Грошову допомогу

☐ Інше

Моє нинішнє **медичне страхування та страхування на випадок потреби в сторонньому догляді:**

з я є членом нижчезазначеної

лікарняної каси:

Прізвище

☐ обов'язкове страхування ☐ добровільне страхування ☐ сімейне страхування

Зараз я маю **тариф на вибір** ☐ так ☐ ні

☐ Тариф на вибір з франшизою, з

☐ Тариф на вибір без франшизи, з

 Тип **членства:**

- ☐ Я є робітником, застрахованим у рамках обов'язкового страхування
- ☐ Я є добровільно застрахованим робітником
- ☐ Я є самозайнятою особою**
- ☐ Я студент**
- ☐ Я пенсіонер**
- ☐ Я отримую допомогу з безробіття
- ☐ Інше добровільне страхування**

☐ Я хочу застрахувати своїх **близьких****

** Ми зв'яжемося з вами по телефону.

Фотографія для електронної медичної карти:

☐ знаходиться в ☐ завантажується мною

 Указівка На веб-сайті www.vividabkk.de/lichtbild ви можете завантажити цифрову фотографію.

 Мої **банківські реквізити:**

 IBAN

 BIC
Дозвіл на використання даних для інших цілей

Я погоджуюсь з використанням моїх даних у таких цілях (позначте відповідні цілі хрестиком):

- ☐ Добровільно вказуючи свій номер телефону, я заявляю про свою згоду на те, що надалі співробітники vivida bkk можуть телефонувати мені.
- ☐ Добровільно вказуючи свою адресу електронної пошти, я заявляю про свою згоду на отримання інформації від vivida bkk.
- ☐ Я згоден/згідна отримувати інформаційну розсилку по електронній пошті про пропозиції, послуги, публікації та акції щодо охорони здоров'я, профілактики, а також новинок та змін vivida bkk. (Електронне повідомлення з підтвердженням ви отримаєте в наступні дні. Підтвердьте його.)

Ваші права Крім того, ви можете в будь-який час без ука-

зання причин скористатися своїм правом на заперечення, змінивши або повністю відкликавши свою заяву про згоду. При цьому таке рішення буде діяти в майбутньому.

Підтвердження моїх даних:

 Дата

Підпис

 у разі необхідності
законного опікуна

Збирання, зберігання та обробка ваших персональних даних здійснюються компанією vivida bkk з метою виконання її законних задач згідно з Соціальним кодексом. Ми забезпечуємо захист ваших даних і їхню конфіденційність. З докладною інформацією про захист даних vivida bkk ви можете ознайомитись за посиланням: www.vividabkk.de/datenschutz.

Контактна особа: