

Мій вибір – AOK Bayern.

Meine Wahl – AOK Bayern.



Я хотів би стати клієнтом AOK Bayern. Бажана початкова сума страхування: _____

Ich möchte Kunde der AOK Bayern werden. Gewünschter Versicherungsbeginn: _____

Прізвище Name	Ім'я Vorname	Дата народження Geburtsdatum	☐ чол. männl.	☐ жін. weibl.	☐ інше divers
Прізвище при народженні Geburtsname	Місце народження Geburtsort	Національність Staatsangehörigkeit	Країна народження Geburtsland		
Вулиця та номер будинку Straße und Hausnummer		Поштовий індекс та місце проживання Postleitzahl und Wohnort			
Моб. тел.* Mobil*		Електронна пошта* E-Mail*			

Раніше я: Ich war bisher:

☐ не був застрахований у Німеччині
nicht in Deutschland versichert

☐ обов'язкове страхування
pflichtversichert

☐ сімейне страхування
familienversichert

попередня медична страхова компанія: _____
bisherige Krankenkasse:

Я: Ich bin:

☐ найманий працівник
Arbeitnehmer/-in

☐ самозайнята особа
Selbstständige/-r

☐ інше: _____
sonstiges:

Номер пенсійного страхування (за наявності):
Rentenversicherungsnummer (falls vorhanden):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

з/на/від
seit/am/ab

Назва роботодавця Name des Arbeitgebers	Номер компанії (якщо відомий) Betriebsnummer (falls bekannt)
--	---

Вулиця та номер будинку Straße und Hausnummer	Поштовий індекс та місцезнаходження Postleitzahl und Ort
--	---

У мене є родичі, які мешкають у Німеччині, яких я хотів би застрахувати в AOK Bayern: ☐ так ☐ ні
Ich habe in Deutschland lebende Angehörige, die ich bei der AOK mitversichern möchte: ja nein

Повідомлення про захист даних

Обробка даних здійснюється для виконання наших завдань відповідно до §§ 284 абз. 1 реч. 1 № 1 Соціального кодексу (SGB) V у поєднанні з § 175 Соціального кодексу (SGB) V з метою ініціювання страхових відносин. Ваша співпраця є необхідною відповідно до § 206 Соціального кодексу (SGB) V. Без необхідних даних членство не може бути забезпечене. Деякі поля є необов'язковими (*). Щоб нам було легше зв'язатися з вами, ми також попросимо вас повідомити номер телефону або адресу електронної пошти. Якщо ви також хочете отримувати додаткову інформацію про переваги та новини АОК Bavaria або про приватне додаткове страхування від договірних партнерів АОК, нам потрібна ваша згода на використання вищезгаданих даних (див. згоду наприкінці цього повідомлення про захист даних). У цьому випадку обробка даних буде здійснюватися на підставі вашої згоди. Ви можете відмовитися від своєї згоди без будь-яких несприятливих наслідків для вас або відкликати її у будь-який час з поширенням дії на майбутнє. Це не впливає на законність обробки, здійсненої раніше на основі даної згоди. Ви можете скористатися своїм правом на відкликання в АОК Bayern, 81739 Мюнхен, Карл-Вері-штрассе 28 або на сайті www.aok.de/bayern/widerruf. Одержувачами ваших даних можуть бути уповноважені нами постачальники послуг (зокрема, для телефонної кореспонденції, підготовки та надсилання листів). Контролером даних є АОК Bayern, 81739 Мюнхен, Карл-Вері-штрассе 28 (тел. 08922844050). Загальну інформацію про обробку даних та ваші права можна знайти на сайті www.aok.de/bayern/datenschutzrechte або отримати в будь-якому офісі АОК. Якщо у вас виникли запитання, зв'яжіться з нашим співробітником із захисту даних за вказаною вище адресою/номером телефону або за адресою datenschutz@by.aok.de.

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 175 SGB V zum Zwecke der Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Einige Felder sind entsprechend als freiwillige Felder eingerichtet (*). Wünschen Sie darüber hinaus künftig weitere Informationen über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK Bayern oder zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK, benötigen wir für die Verwendung Ihrer o. a. Daten Ihre Einwilligung (siehe Einwilligung im Anschluss an diesen Datenschutzhinweis). Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt in diesem Fall aufgrund Ihrer Einwilligung. Diese können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Bayern, 81739 München, Carl-Wery-Straße 28 oder auch unter www.aok.de/bayern/widerruf wahrnehmen. Empfänger Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleister (insbesondere zur Telefonie sowie die Erstellung und den Versand von Briefen) sein. Verantwortlich für die Datenerhebung ist die AOK Bayern, 81739 München, Carl-Wery-Straße 28 (Tel. 089 22844050). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Bei Fragen wenden Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten unter der vorgenannten Adresse/Telefonnummer bzw. unter datenschutz@by.aok.de.

Згода

☐ Я надаю згоду на обробку наданих мною даних компетентною компанією АОК до моменту їх відкликання, щоб мати можливість інформувати та консультувати мене про пільги та новини АОК, а також про приватне додаткове страхування від договірних партнерів АОК та проводити дослідження громадських думок, у тому числі електронною поштою, телефоном або за допомогою SMS. Ця згода є добровільною, і я можу відкликати її у будь-який час.

Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Daten bis auf Widerruf verarbeitet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchführen zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Місце, дата

Ort, Datum

Підпис заявника

(для осіб молодше 15 років – підпис одного з батьків або законного опікуна)
Unterschrift des Antragstellers (bei unter 15-jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Заповнюється АОК:

Von AOK auszufüllen:

BI17598 / Sascha Huber

BI-Nummer/Planstelle/Name AOK-Berater/-in

Unterschrift AOK-Berater/-in