

أن أصبح عضوًا في شركة NOVITAS BKK.

X نعم، أود بدءًا من

تاريخ البدء (يوم/شهر/سنة) (DD.MM.YYYY) (Beginn-Datum)

أنا (Ich bin) عامل مؤمن عليه إجبارياً (pflicht.ArbN) فنان (Künstler) متدرب (Azubi) عاطل عن العمل (Arbeitslos)
 عامل مؤمن عليه طوعاً (frei.ArbN) عامل موسمي (SaisonA.) تلميذ في مدرسة (Schüler) مركز العمل (Jobcenter)
 عامل يعمل لحسابه الخاص (Selbstst.) متقاعد (Rentner) طالب في الجامعة (Student) وكالة العمل (Agentur für Arbeit)

بيانات حول الشخص

جنسي: (Geschl.) أنثى (weibl.) ذكر (männl.) مختلف (divers) غير محدد (unbest.)

اسم العائلة (Nachname) _____ الاسم الأول (Vorname) _____

تاريخ الميلاد (DD.MM.YYYY) (يوم/شهر/سنة) (Gebt.) _____ محل الميلاد (GebOrt) _____ الحالة الاجتماعية (Familienstand) _____

الرمز البريدي (PLZ) _____ المدينة (Ort) _____ رقم تأمين المعاش التقاعدي (إن وجد) (RVNr.) _____

الشارع، رقم المنزل (Straße, Hausnummer) _____ رقم التأمين الصحي (انظر البطاقة الصحية) (KVNr.) _____

رقم الهاتف / رقم الهاتف الجوال (Telefon) _____ عنوان البريد الإلكتروني (E-Mail-Adresse) _____

تقديم بيانات رقم الهاتف وعنوان البريد الإلكتروني: (Angabe der Telefonnummer und der E-Mail-Adresse)

من خلال وضع علامة X في المربع، أقر بأنني أوافق على أن اتصل بي شركة Novitas BKK عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني على رقم هاتفي أو رقم هاتفي الجوال أو على عنوان بريدي الإلكتروني بشأن مطالباتي بخدمات التأمين الصحي القانونية والخدمات الإضافية وفقاً للنظام الأساسي والخدمات الخاصة وكذلك بشأن التغييرات القانونية في التأمين الصحي القانوني أو في مسائل التغطية التأمينية الخاصة بي. يمكن إلغاء إقرار الموافقة هذا في أي وقت عن طريق الخطاب أو الفاكس أو البريد الإلكتروني أو الهاتف تجاه شركة Novitas BKK. لا يتم نقل البيانات إلى الغير. تقديم البيانات أمر طوعي. لن يكون لعدم الإجابة أي عواقب سلبية عليك.

أعمل لدى

اسم جهة العمل أو شركة التدريب المهني (Name AG) _____

الرمز البريدي (PLZ) _____ المدينة (Ort) _____ الشارع، رقم المنزل (Straße, Hausnummer) _____

أعمل منذ (DD.MM.YYYY) (يوم/شهر/سنة) (besch.) _____

راتبي الشهري الإجمالي يبلغ: (Brutto-Arbeitsentgelt) ما يصل إلى 450 يورو شهرياً (وظيفة صغيرة) (Minijob) أكثر من 5.362,50 يورو شهرياً

معلومات حول التأمين الصحي السابق

كان مؤمناً عليّ آخر مرة (zuletzt versichert)

من (DD.MM.YYYY) (يوم/شهر/سنة) (vom) _____ إلى (DD.MM.YYYY) (يوم/شهر/سنة) (bis) _____ لدى شركة التأمين الصحي (Krankenkasse) _____

تأمين ذاتي (selbst versichert)

تأمين عائلي عن طريق (familienversichert über) _____

اسم العائلة، الاسم الأول (Name, Vorname) _____

تاريخ الميلاد (DD.MM.YYYY) (يوم/شهر/سنة) (Gebt.) _____ رقم التأمين الصحي (KVNr.) _____

غير مؤمن عليّ تأميناً إلزامياً (nicht gesetzlich versichert)

السبب (على سبيل المثال تأمين خاص، في الخارج) (Grund) _____ منذ (DD.MM.YYYY) (يوم/شهر/سنة) (seit) _____

سبب تغيير شركة التأمين: تغيير في علاقة الشخص المؤمن عليه (مثل تغيير جهة العمل، البدء في الحصول على إعانة بطالة، وما إلى ذلك) (Vers.-verhältnis)

انتهاء فترة الالتزام (12 شهراً) (Bindungsfrist) (Anlass des Kassenwechsels)

بيانات أخرى

نعم، لدي أفراد عائلة ينبغي تضمينهم في التأمين مجاناً. يرجى أن تُرسل الاستبيان إليّ. (Fami)

أعرف أشخاصاً آخرين مهتمين بأن يصبحوا أعضاء في شركة Novitas BKK. (MwM)

التوقيع

X

المدينة والتاريخ والتوقيع

MA (يسمى بمعرفة شركة Novitas BKK)

Vermittler – ID