

## Заява на членство

Я обираю членство в АОК з  Або більш ранній початок страхового зобов'язання.

<input type="text" value="Прізвище, ім'я"/>		<input type="text" value="Дата народження"/>	Стать <input type="radio"/> Ч <input type="radio"/> Ж <input type="radio"/> Р	<input type="text" value="Сімейний стан"/>
<input type="text" value="Адреса"/>				
<input type="text" value="Телефон*"/>	<input type="text" value="Мобільний*"/>	<input type="text" value="Електронна пошта*"/>		
<input type="text" value="Номер пенсійного страхування"/>	<input type="text" value="Громадянство"/>			
<input type="text" value="Прізвище при народженні&lt;sup&gt;1&lt;/sup&gt;"/>	<input type="text" value="Місце народження"/>	<input type="text" value="Країна народження"/>		
<input type="text" value="Роботодавець або навчальна компанія"/>		<input type="text" value="Номер компанії"/>		
<input type="text" value="Вулиця, номер будинку"/>		<input type="text" value="Поштовий індекс/місто"/>		
<input type="text" value="Працює з (ДД/ММ/РРРР)"/>	<input type="text" value="Професія/спеціальність"/>	<input type="text" value="Очікуване закінчення навчання (ДД/ММ/РРРР)"/>		

<sup>1</sup> Заповнюйте, лише якщо у Вас немає номера пенсійного страхування

Я з  до   Був застрахований самостійно як член в:  Мав сімейне страхування в:

Я отримую пенсію.  Я був за кордоном до початку членства.

До мого перебування за кордоном у останній раз був застрахований у Німеччині в:

Я ніколи не був юридично застрахований у Німеччині.  Після закінчення цієї роботи я повернуся за кордон.  Члени моєї родини повинні бути застраховані безкоштовно.

**Мене повідомили про моє право вибору.**  
**Я даю згоду на те, що АОК Рейнланд-Пфальц/Саар повідомить мого роботодавця про моє рішення.**

Повідомлення про захист даних: дані використовуються для виконання наших завдань відповідно до § 284, абзац 1, речення 1 № 1 Кодексу соціального страхування V у поєднанні з § 175 Кодексу соціального забезпечення V та § 94 абзац 1 Кодексу соціального забезпечення XI збираються та обробляються для уточнення Вашого страхового покриття. Відповідно до § 60 Кодексу соціального забезпечення I та 206 Кодексу соціального забезпечення V необхідна Ваша співпраця. Щоб нам було легше зв'язатися з Вами, просимо Вас добровільно вказати свій номер телефону або адресу електронної пошти. Ці поля позначено відповідним чином (\*). Дані використовуються для зв'язку з Вами, якщо у Вас виникнуть запитання. Одержувачами Ваших даних можуть бути замовлені нами сервісні компанії.

Загальну інформацію про обробку даних та Ваші права можна знайти на [aok.de/rps/datenschutzrechte](http://aok.de/rps/datenschutzrechte) або ми можемо надати її Вам за запитом. Якщо у Вас виникли запитання, будь ласка, зв'яжіться з АОК Рейнланд-Пфальц/Саар, Вірховштрассе 30, 67304 Айзенберг або з нашим відділом захисту даних за адресою [datenschutz@rps.aok.de](mailto:datenschutz@rps.aok.de).

Якщо Ви бажаєте отримати додаткову інформацію про переваги та новини АОК Рейнланд-Пфальц/Саар або про приватне додаткове страхування від контрактних партнерів АОК Рейнланд-Пфальц/Саар в майбутньому, нам потрібні Ваші вищезгадані дані Вашої згоди. Ваші дані збираються та обробляються на добровільній основі. Ви можете відмовитися від Вашої добровільної згоди без будь-яких несприятливих для Вас наслідків або відкликати її в будь-який час з ефектом на майбутнє. Це не впливає на законність обробки, яка раніше була здійснена на підставі цієї згоди. Надання згоди не є обов'язковою умовою і не вплине на ваші законодавчі права на пільги. Ви можете заявити своє право на відкликання в АОК Рейнланд-Пфальц/Саар, Вірховштрассе 30, 67304 Айзенберг. Ви також можете надіслати відкликання електронною поштою на адресу: [widerruf@rps.aok.de](mailto:widerruf@rps.aok.de).

<sup>2</sup> Згода

Так, я даю згоду на обробку АОК Рейнланд-Пфальц/Саар та використання наданих мною даних для інформування мене, також із залученням уповноваженої сервісної компанії, про переваги та новини АОК Рейнланд-Пфальц/Саар та приватного додаткового страхування для інформування та консультування договірних партнерів АОК Рейнланд-Пфальц/Саар і отримання можливості проводити опитування громадської думки - також електронною поштою, телефоном або SMS. Ця згода є добровільною, і я можу її відкликати в будь-який час.

<sup>2</sup> Прапорець

**Заповнюється АОК:**  
 Прийняття заяви підтверджується:

Фото для електронної медичної карти:  Вже надіслано  Додано  буде надіслано/завантажено пізніше  Надішліть анкету для фото

Надіслати анкету сім'ї:  так  ні