

# Заявление за членство

Antrag auf Mitgliedschaft

Избирам AOK PLUS за моята бъдеща взаимноосигурителна каса и подавам молба за членство

Ich wähle die AOK PLUS als meine künftige Krankenkasse und beantrage die Mitgliedschaft ab

## Лични данни (задължителни полета)

Persönliche Angaben (Pflichtfelder)

Фамилия, име по раждане, титла / Name, Geburtsname, Titel

Собствено име / Vorname

Улица, № / Straße, Nr.

Пощенски код, населено място / PLZ, Ort

Дата на раждане / Geburtsdatum

Гражданство / Staatsangehörigkeit

Пол (М/Ж/Друго) / Geschlecht (m/w/d)

Място на раждане / Geburtsort

Държава на раждане / Geburtsland

Телефон номер\*/мобилен телефон номер\* / Telefon\*/Handy\*

Имейл\* E-Mail\*

Пенсионно осигурителен номер / Rentenversicherungsnummer

## Желя да се осигурявам като:

Ich möchte mich versichern als:

Работник  
Arbeitnehmer

Обезщетение  
за безработни  
Arbeitslosengeld

Сезонен работник / Saisonarbeitnehmer  
(Издадени са документи, свързани със сезонната работа)  
(Unterlagen zur Saisontätigkeit wurden ausgegeben)

Обучаващ се в  
дадена професия  
Auszubildender

Граждански доход  
(Bürgergeld)  
Bürgergeld

Многогранна заетост / Mehrfachbeschäftigung

Работодател / Агенция за трудова заетост / Работна група / община  
Arbeitgeber / Agentur für Arbeit / ARGE / Kommune

Работодател / Агенция за трудова заетост / Работна група / община  
Arbeitgeber / Agentur für Arbeit / ARGE / Kommune

Работен/Клиентски номер / Betriebs-/Kundennummer

Работен/Клиентски номер / Betriebs-/Kundennummer

Телефонен номер / Telefonnummer

Телефонен номер / Telefonnummer

Улица, № / Straße, Nr.

Улица, № / Straße, Nr.

Пощенски код, населено място / PLZ, Ort

Пощенски код, населено място / PLZ, Ort

Молба за  
пенсиониране  
Rentenantrag

Получаване на пенсия  
Rentenzugang

Доставка за електро-, водо-, газоснабдяване  
и комунално-битови услуги  
Versorgungsbezug

Вид пенсия/институция, плащаща пенсия  
Rentenart/Rententräger

Вид на доставките и институцията, извършваща плащането  
Art des Versorgungsbezuges und Zahlstelle

Друго  
Sonstige

Нужда от обгрижване / Pflegebedürftigkeit

(възможни са няколко отговора) / (Mehrfachnennungen möglich)

## Семейно осигуряване

Familienversicherung

Подавам молба за безплатно семейно осигуряване за моите членове на семейството (съпруг/съпруга/деца).

Ich beantrage die beitragsfreie Familienversicherung für meine Angehörigen (Ehegatte/Ehegattin/Kinder).

да / ja  не / nein

Die Gesundheitskasse  
für Sachsen und Thüringen.

AOK  
PLUS

## Данни за досегашното осигуряване

Angaben zur bisherigen Versicherung

Наименование на досегашната институция за задължително здравно осигуряване

Name der bisherigen gesetzlichen Krankenversicherung

Бях семейно осигурен/а при / Ich war familienversichert bei

Фамилия, собствено име, дата на раждане / Name, Vorname, Geburtsdatum

Вид здравна каса

В случай на предходно осигуряване

в чужбина

01 предходно осигуряване в AOK PLUS

02 предходно осигуряване в друга институция

за задължително здравно осигуряване

03 без предходно осигуряване в Германия

Частно здравно осигуряване

41 предходно осигуряване в AOK PLUS

42 предходно осигуряване в друга институция

за задължително здравно осигуряване

43 без предходно осигуряване в Германия

Безплатно медицинско обслужване

51 предходно осигуряване в AOK PLUS

52 предходно осигуряване в друга институция

за задължително здравно осигуряване

53 без предходно осигуряване в Германия

Без осигуряване

61 предходно осигуряване в AOK PLUS

62 предходно осигуряване в друга институция

за задължително здравно осигуряване

63 без предходно осигуряване в Германия

Здравно осигуряване на железопътни

служители

71 предходно осигуряване в AOK PLUS

72 предходно осигуряване в друга институция

за задължително здравно осигуряване

73 без предходно осигуряване в Германия

Здравна каса на пощенските служители

81 предходно осигуряване в AOK PLUS

82 предходно осигуряване в друга институция

за задължително здравно осигуряване

83 без предходно осигуряване в Германия

Друг вид осигуряване

91 предходно осигуряване в AOK PLUS

92 предходно осигуряване в друга институция

за задължително здравно осигуряване

93 без предходно осигуряване в Германия

\*Здравно осигуряване

Смяна на здравно осигуряване на основание:

Krankenversicherungswechsel auf Grund von:

0. Не е необходима процедура за уведомяване

Kein Meldeverfahren notwendig

1. Начало на задължително застраховане (напр. смяна на работодател, промяна в обезщетенията за безработица)

Beginn Versicherungspflicht (z.B. Arbeitgeberwechsel, Wechsel in ALG)

3. Прекратяване на трудов договор или без предизвестие

Kündigung bzw. Sonderkündigung

4. Закриване/несъстоятелност на досегашната здравна каса

Schließung/Insolvenz der bisherigen Krankenkasse

5. Създаване/разширяване на фирмена здравно осигурителна каса

Errichtung/Ausdehnung einer BKK

## Права за защита на данни

### Указание за защита на данни

За обработката са ни нужни някои ваши лични данни. Данните се изискват за изпълнение и обработка на нашите задачи съгласно §§ 284 във връзка с § 175 от SGB V. Вашето съдействие е необходимо съгласно § 60 от SGB II и § 206от SGB V. Заявлението за членство не може да се изпълни без необходимите данни. За улесняване на контакта с Вас също Ви молим доброволно да предоставите своя телефонен номер или имейл адрес. Получатели на вашите данни могат да бъдат Трети страни или ангажирани от нас доставчици на услуги в рамките на законните задължения и права за уведомяване. Можете да оттеглите вашето съгласие по всяко време с ефект за в бъдеще. Това не засяга законосъобразността на обработката, извършена по-рано въз основа на това съгласие. Можете да се възползвате от правото си за отмяна по отношение на AOK PLUS, Sternplatz 7, 01067 Дрезден чрез някой от нашите контакти за услуги или на plus.aok.de/inhalt/widerruf-einer-erteilt-einwilligung Обща информация за обработката на данни и за правата Ви можете да намерите на www.aok.de/plus/datenschutzrechte или по желание можете да получите такава.

При въпроси моля да се обърнете към AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen, 01067 Дрезден, Sternplatz 7, телефон 0800 1059000 (безплатен), service@plus.aok.de или към нашите администратори за защита на данните на Администратори за защита на данните AOK PLUS, 01058 Дрезден, datenschutz@plus.aok.de

### Съгласие за обработка на данни

Да, съгласен/на съм AOK PLUS да обработи и използва моите въведени данни, за да може да ме информира за предимствата и новостите при AOK, за информизиране и консултация за лично допълнително осигуряване на договорни страни на AOK, както и за да може да извършва проучване на мнението също по имейл или SMS. Съгласието се прилага и в случай, че желаното членство не се осъществи. Това съгласие е доброволно и мога да го отменя по всяко време с ефект за в бъдеще. Тогава моите данни при AOK PLUS ще бъдат изтрити.

Потвърждавам точността на информацията, включително данните за адреса. За промени в бъдеще ще информирам AOK PLUS без подкана.

Населено място, дата / Ort, Datum

Подпис член / Unterschrift Mitglied

Подпис и KI-идентификация на AOK PLUS-клиентски консуптант / Unterschrift und KI-Kennung des AOK PLUS-Kundenberaters

Печатна AOK PLUS-служител  
Stempel des AOK PLUS-Mitarbeiters

Попълване от AOK PLUS  
Wird von der AOK PLUS ausgefüllt

HB  FB  Fil  WuG  Tel  Br  VA  TS

Налично изображение за eGK  
Bild für eGK vorhanden