Declarație de înregistrare pentru angajați

Mitgliedschaftserklärung Arbeitnehmende

Vă rugăm să ne returnați formularul semnat.
Bitte senden Sie uns das unterschriebene Formular zurück.

☐ Doresc să devin membru AOK NordWest
Ich möchte Mitglied der AOK NordWest werden

de la
ab:

Aderarea este posibilă de la începutul angajării sau cât mai devreme posibil în cazul schimbării casei de asigurări de sănătate.
Die Mitgliedschaft ist ab Beschäftigungsbeginn oder zum frühestmöglichen Zeitpunkt bei Kassenwechsel möglich.

Numele
Name

Prenumele
Vorname

Data nașterii
Geburtsdatum

☐ masculin
männlich

☐ feminin
weiblich

☐ divers
divers

Numele dobândit la naștere
Geburtsname

Locul nașterii
Geburtsort

Țara de naștere
Geburtsland

Naționalitatea
Staatsangehörigkeit

Strada, numărul
Straße und Hausnummer

Codul poștal, localitatea de domiciliu
Postleitzahl und Wohnort

Adresa de e-mail*
E-Mail*

Numărul de telefon mobil*
Telefon-/Handynummer*

Ultima asigurare de sănătate am avut-o:
Ich war zuletzt krankenversichert:

☐ în străinătate
im Ausland

☐ în Germania
in Deutschland

Casa de asigurări de sănătate
Krankenkasse

☐ neasigurat(ă) legal
nicht gesetzlich versichert

Numărul de asigurare de pensie (dacă se cunoaște)*:
Rentenversicherungsnummer (falls bekannt):

☐ Sunt încadrat(ă) în muncă din data de/cu începere la data de
Mein Beschäftigungsverhältnis besteht seit/beginnt am

☐ Sunt lucrător/lucrătoare sezonier(ă)
Ich bin Saisonarbeitnehmer/-in

Numele angajatorului
Name des Arbeitgebenden

Numărul de identificare a angajatorului/întreprinderii (dacă se cunoaște)*
Betriebsnummer (falls bekannt)

Strada și numărul
Straße und Hausnummer

Codul poștal și localitatea
Postleitzahl und Ort

☐ Am membri de familie pe care aș dori să îi asigur necontributiv la AOK NordWest.
Ich habe Angehörige, die ich bei der AOK NordWest beitragsfrei mitversichern möchte.

Declarație de con idențialitate

Datele sunt colectate i prelucrate pentru îndeplinirea obligaiilor noastre în conformitate cu art. 284, alin. 1, teza 1, nr. 1 Codul Social german (SGB) partea V pentru atribuiile asociate asigurării de sănătate i art. 94, alin. 1, nr. 1 Codul Social german (SGB) partea XI pentru atribuiile asociate asigurării de îngrijire pe termen lung în scopul stabilirii raportului de asigurare de sănătate i de îngrijire pe termen lung în conformitate cu art. 5 Codul Social german (SGB) partea V i art. 20 Codul Social german (SGB) partea XI. Informaiile dumneavoastră sunt necesare în conformitate cu art. 206 Codul Social german (SGB) partea V i art. 50, alin. 3 Codul Social german (SGB) partea XI. În absena cooperării, înregistrarea ca membru nu poate fi efectuată. Persoanele destinatare ale datelor dumneavoastră pot fi teri sau furnizori de servicii pe care i-am însărcinat în cadrul obligaiilor legale i al competenelor de notificare. Informaii generale privind prelucrarea datelor i drepturile dumneavoastră găsii la www.aok.de/nw/datenschutzrechte. Responsabilă este AOK NordWest - Die Gesundheitskasse, Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Putei contacta departamentul de protecie a datelor la aceeai adresă.

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs.1 Satz 1 Nr. 1 SGB V für die Aufgaben der Krankenversicherung und § 94 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI für die Aufgaben der Pflegeversicherung zum Zwecke der Feststellung des Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnisses nach § 5 SGB V und § 20 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihre Auskunft ist nach § 206 SGB V und § 50 Abs. 3 SGB XI erforderlich. Bei fehlender Mitwirkung kann die Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger/-innen Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleistende sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nw/datenschutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

☐ Declarație de consimțământ în scopuri publicitare
Sunt de acord ca AOK NordWest să prelucreze și să utilizeze datele mele pentru a mă informa pe viitor prin telefon, e-mail și SMS cu privire la serviciile și produsele oferite de AOK NordWest, precum și cu privire la asigurările private de sănătate suplimentare ale partenerului său de cooperare. Sunt de acord cu sondaje pentru evaluarea calității și a satisfacției clienților. Îmi pot retrage acest consimțământ în orice moment, cu efect pentru viitor. Pentru retragere, pot folosi orice metodă. Am luat cunoștință de faptul că îmi pot retrage consimțământul fie în scris, la adresa indicată mai sus, fie telefonic, la numărul de asistență +49 800 265-5000.

Einverständniserklärung
Ich bin damit einverstanden, dass die AOK NordWest meine Daten verarbeitet und nutzt, um mich künftig zielgerichtet per Telefon, E-Mail und SMS über die Services, Produkte und Leistungsangebote der AOK NordWest, sowie zu privaten Kran-kenzusatzversicherungen ihres Kooperationspartners zu informieren. Ich willige in Befragungen zur Qualitätsmessung und Kundenzufriedenheit ein. Diese Einwilligungen kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist an keine Form gebunden. Sofern Sie schriftlich widerrufen möchten, nutzen Sie hierfür bitte unsere oben genannte Adresse. Für einen telefonischen Widerruf genügt ein Anruf unter der Servicenummer 0800 265 5000.

☐ Confirm că datele mele personale, inclusiv adresa mea, sunt corecte.
Voi informa AOK NordWest cu privire la orice modificări viitoare.
Ich bestätige die Richtigkeit meiner persönlichen Angaben, inklusive meiner Adressdaten. Über künftige Veränderungen informiere ich die AOK NordWest.

Data
Datum

Semnătura solicitantului (solicitantei)/reprezentantului (reprezentantei) legal(e)
Unterschrift des Antragsstellenden / gesetzlich Vertretenden

* informații voluntare
* freiwillige Angabe

Se completează numai de către AOK NordWest și partenerii de distribuție
Nur von AOK und Partner auszufüllen

AOK Betreuende / AOK Mitarbeitende (Vorname, Name, AOK)