

Erklärung zur Wahl meiner Krankenkasse

Ich wurde darüber informiert, dass ich gemäß § 264 Abs. 3 SGB V verpflichtet bin unverzüglich eine Krankenkasse für die Übernahme der Krankenbehandlung für mich und für meine im Haushalt lebenden, nicht selbst versicherten Familienangehörigen, zu wählen.

Von den im Landkreis Ravensburg vertretenen gesetzlichen Krankenkassen wähle ich daher:

(Bitte eine Krankenkasse ankreuzen!)

Zаява про вибір моєї організації медичного страхування

Мене повідомили, що відповідно до статті 264 абз. 3 П'ятого соціального кодексу я зобов'язаний негайно вибрати організацію медичного страхування, яка б взяла на себе медичне лікування мене та членів моєї сім'ї, які проживають у домогосподарстві, які не є самострахованими.

Тому я вибираю наступну компанію обов'язкового медичного страхування з представлених у районі Равенсбург:

(Будь ласка, поставте відмітку біля однієї організації медичного страхування!)

- AOK Baden-Württemberg
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- DRV Knappschaft-Bahn-See
- IKK classic
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- SBK
- Techniker Krankenkasse
- andere Krankenkasse: _____

Ich bitte, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren und die für die Übernahme meiner/unserer Krankenbehandlung benötigten Daten zu übermitteln.

Я прошу Вас повідомити про це вибрану мною організацію медичного страхування та передати дані, необхідні для мого/нашого лікування.

Mir ist bekannt, dass ich für die Dauer des Leistungsbezugs an meine Wahl gebunden bin, d. h. dass ein Wechsel der Krankenkasse nicht möglich ist.

Я усвідомлюю, що я прив'язаний до свого вибору на період дії виплат, тобто зміна організації медичного страхування є неможливою.

Ich bin damit einverstanden, dass die o. g. Krankenkasse meine Daten (bzw. die Daten meiner Familienangehörigen) intern speichert und nutzt, um (z.B. telefonisch oder per E-Mail) über die Belange der Krankenversicherung informieren und beraten zu können.

Я згоден, що вищезазначена організація медичного страхування зберігає та використовує мої дані (або дані членів моєї родини) в своїй роботі, щоб мати можливість надавати інформацію та поради (наприклад, по телефону або електронною поштою) з питань медичного страхування.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich auch, dass ich diese Einwilligung freiwillig erteile. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit zurücknehmen kann, dann werden die Daten wieder gelöscht.

Своїм підписом я також заявляю, що даю цю згоду добровільно. Я усвідомлюю, що можу відкликати свою згоду в будь-який час, і в цьому випадку дані будуть знову видалені.

Name, Vorname des Haushaltsvorstandes / Прізвище, ім'я голови родини

Geb.datum / Дата

народження

Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße und Hausnummer) /

Адреса (поштовий індекс, місто проживання, вулиця та номер будинку)

Datum und Unterschrift des Haushaltsvorstandes / Дата та підпис голови родини

Familienangehörige im Haushalt: Члени родини у домогосподарстві:

Name / Прізвище

Vorname / Ім'я

Geburtsdatum /

Дата народження