

Bine ați venit la SBK!

Servicii remarcabile. Foarte personal.



Bitte beachten Sie, dass es sich bei diesem Dokument um ein Muster handelt. Das Formular ist zwingend in Deutsch auszufüllen.
(Vă atragem atenția asupra faptului că acest document este un model. Formularul trebuie completat în limba germană.)

Ja, ich werde SBK-Mitglied ab dem _____.
(**Da**, doresc să devin membru al SBK începând cu data de)

Ihr Ansprechpartner
(Persoana dvs. de contact) _____

Telefon
(Telefon) _____

Persönliche Angaben: (Date personale)

Frau (Doamna) Herr (Domnul)

Name, Vorname (Numele, prenumele) Geburtsdatum (Data nașterii)

Straße, Hausnummer (Strada, numărul)

Postleitzahl (Cod poștal) Ort (Localitate)

Telefon privat* (Telefon privat*) Telefon mobil* (Telefon mobil*)

E-Mail* (E-mail*)

Rentenversicherungsnummer oder bundeseinheitliche Krankenversicherungsnummer.
(Număr de asigurare de pensii sau număr de asigurare federal)

Ansonsten: Geburtsort, -land und -name
(Alternativ: Locul și țara nașterii, numele de naștere)

Staatsangehörigkeit (Cetățenia)

Familienstand (Starea civilă)

Angaben für die Versicherung bei der SBK: (Informații pentru asigurarea la SBK)

Ich bin (Sunt)

- Arbeitnehmer (Angajat)
 Auszubildende(r) (Ucenic)
 Selbstständige(r) (Persoană fizică autorizată)
 Student(in) (Student)
 Sonstiges: (Altele) _____

Name des Arbeitgebers / der Hochschule (Denumirea angajatorului / universității)

Straße, Hausnummer (Strada, numărul)

Postleitzahl (Cod poștal) Ort (Localitate)

Ich bin beschäftigt als: (Ocup funcția de)

seit / ab: (începând cu data)

Mein jährlicher Bruttoverdienst liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (57.600 EUR) (Venitul meu anual brut depășește plafonul anual de venituri (57.600 EUR))

Nein (Nu) Ja (Da)

Familienangehörige: (Membrii familiei)

Mein Ehe-/ Lebenspartner
(Soțul / soția / partenerul de viață)

Name, Vorname (Numele, prenumele) Geburtsdatum (Data nașterii)

ist zurzeit versichert bei (este asigurat(ă) medical la)

Krankenkasse (Casa de asigurări de sănătate)

Ich habe ein oder mehrere Kinder, die gesetzlich familienversichert sind.
(Am unul sau mai mulți copii care sunt coasigurați conform legii.)

Angaben zu Ihrem Versicherungsverhältnis in den letzten 18 Monaten: (Informații referitoare la asigurarea dvs. de sănătate în ultimele 18 luni)

Meine bisherige Krankenkasse (Casa de asigurări de sănătate anterioară)

von (de la) bis (până la)

- pflichtversichert (asigurare obligatorie)
 freiwillig versichert (asigurare voluntară)
 familienversichert (asigurare de familie)

Wenn Sie familienversichert waren, benötigen wir folgende Angaben:
(Dacă ați fost coasigurat prin asigurare de familie, avem nevoie de următoarele date)

Name, Vorname des Mitglieds Geburtsdatum
(Numele, prenumele persoanei asigurate) (Data nașterii)

Kündigungsbestätigung: (Confirmarea rezilierii)

- lege ich bei (o anexez cererii)
 reiche ich nach (o voi prezenta ulterior)

Foto Gesundheitskarte: (Fotografie pentru cardul de sănătate)

- per Online-Upload (prin upload online)
 per Post (Lichtbildformular) (prin poștă (formular pentru fotografii))

Weitere wichtige Angaben: (Alte informații importante)

- Ich beziehe Rente beziehungsweise habe einen Rentenantrag gestellt.
(Beneficiar de pensie sau am depus cerere de pensionare.)
- Ich beziehe rentenähnliche Leistungen (zum Beispiel Betriebsrente, Versorgungsbezüge).
(Beneficiar de venituri similare pensiei (de exemplu pensie ocupațională, pensie de funcționar public).)
- Ich beziehe Arbeitsentgelt aus selbstständiger Tätigkeit.
(Beneficiar de venituri din activități independente.)
- Ja, ich möchte exklusive Online-Services nutzen. Bitte registrieren Sie mich mit meiner oben angegebenen E-Mail-Adresse für „**Meine SBK**“.
Den Nutzungsbedingungen, nachzulesen unter **sbk.org/meinesbk**, stimme ich zu.
(Da, doresc să utilizez serviciile exclusive online. Vă rog să mă înregistrați la „**Meine SBK**“ cu adresa mea de e-mail menționată mai sus. Sunt de acord cu Termenii și condițiile de utilizare, textul fiind disponibil la **sbk.org/meinesbk**.)

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §206 und 289 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 5ff., 284 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) zu erheben. Über Änderungen werde ich die SBK umgehend informieren.
* Die Angabe der Telefonnummern / E-Mail Adresse ist freiwillig.

Notă de informare privind protecția datelor personale (§ 67a alin. 3 Codul social X): Pentru îndeplinirea în conformitate cu prevederile legale a atribuțiilor noastre, este necesară cooperarea dvs. în sensul §206 și 289 al Codului Social 5 (SGB V). Datele se colectează pentru stabilirea relației de asigurare (§§ 5ff., 284 alin. 1 nr. 1 SGB V). Voi informa fără întârziere SBK în cazul în care apar schimbări.
* Indicarea numerelor de telefon / adresei de e-mail este voluntară.

Würden Sie uns weiterempfehlen?
(Ne-ați recomanda și altor persoane?)

Ja (Da)

Nein (Nu)