

Anlage 2
Додаток 2

Anschrift Sozialhilfeträger
Адреса соціального закладу

Erklärung zum Kassenwahlrecht nach § 264 Abs. 3 SGB V
Декларація про право вибору медичного страхування
відповідно до статті 264 (3) SGB V

Ich wurde darüber informiert, dass ich gemäß § 264 Abs. 3 SGB V verpflichtet bin, eine Krankenkasse für die Übernahme der Krankenbehandlung für mich und meine im Haushalt lebenden, nicht selbst versicherten Familienangehörige, zu wählen. *Мене повідомили, що відповідно до розділу 264 (3) SGB V я зобов'язаний вибрати медичну страхову компанію, яка б взяла на себе медичне лікування для мене та членів моєї сім'ї, які проживають у домогосподарстві, які не є самострахованими.*

--

genaue Bezeichnung der Krankenkasse, möglichst mit Anschrift eintragen *Введіть точну назву медичної страхової компанії, якщо можливо, з адресою*

Ich bitte, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren und die für die Übernahme meiner/unserer Krankenbehandlung benötigten Daten zu übermitteln. *Я прошу поінформувати вибрану мною страхову компанію відповідним чином і передати дані, необхідні для мого/нашого лікування.*

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. Mit meiner Unterschrift erkläre ich auch, dass ich diese Einwilligung freiwillig erteile. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit zurücknehmen, dann werden die Daten wieder gelöscht.

Я даю згоду на те, щоб вищезгадана медична страхова компанія зберігала та використовувала мої дані (або дані членів моєї сім'ї) всередині, щоб мати можливість надавати інформацію та консультації (наприклад, по телефону чи електронною поштою) з питань медичного страхування. Підписом я також заявляю, що даю цю згоду добровільно. Ви можете в будь-який час відкликати свою згоду, після чого дані будуть знову видалені.

Name, Vorname des Haushaltsvorstandes *Прізвище, ім'я голови сім'ї*

Geburtsdatum *Дата народження*

Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße und Hausnummer) *Адреса (поштовий індекс, місце проживання, вулиця та номер будинку)*

Datum und Unterschrift des Haushaltsvorstandes *Дата і підпис глави сім'ї*

Familienangehörige im Haushalt: Члени сім'ї в домогосподарстві:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Прізвище

Ім'я

Дата народження