

شركة  
التأمين الصحي الأكثر  
اعتناء بك.

Novitas BKK أن أصبح عضواً في شركة

تاريخ البدء (DD.MM.YYYY) يوم/شهر/سنة (Beginn-Datum)

نعم ، أود بدءاً من

أنا ☐ عامل مؤمن عليه إجبارياً (pflicht.Arbn) ☐ فنان (Künstler) ☐ متدرب (Azubi) ☐ عاطل عن العمل (Arbeitslos)  
☐ عامل مؤمن عليه طوعاً (frei.Arbn) ☐ عامل موسمي (SaisonA.) ☐ تلميذ في مدرسة (Schüler) ☐ مركز العمل (Jobcenter)  
☐ عامل يعمل لحسابه الخاص (Selbstst.) ☐ متقاعد (Rentner) ☐ طالب في الجامعة (Student) ☐ وكالة العمل (Agentur für Arbeit)

### بيانات حول الشخص

جنسي (Geschlecht) ☐ أنثى (weiblich) ☐ ذكر (männlich) ☐ مختلف (divers) ☐ غير محدد (unbestimmt)

الاسم الأول (Vorname)

اسم العائلة (Nachname)

تاريخ الميلاد (DD.MM.YYYY) يوم/شهر/سنة (Gebt-Tag)

محل الميلاد (Gebt-Ort)

الرمز البريدي (PLZ)

المدينة (Ort)

الشارع، رقم المنزل (Straße, Hausnummer)

رقم الهاتف / رقم الهاتف الجوال (Telefonnummer)

عنوان البريد الإلكتروني (E-Mail-Adresse)

تقديم بيانات رقم الهاتف وعنوان البريد الإلكتروني: (Angabe der Telefonnummer und der E-Mail-Adresse)  
 نعم، أريد أن أبلغ بالمعلومات بصورة آلية وعلى أفضل نحو ممكن. وأوافق على أن أبلغني نوفيتاس بي كا (Novitas BKK) عبر الهاتف والبريد الإلكتروني بشأن الاستحقاقات الفردية ومزايا التأمين وأن تتواصل معي بشأن تحسين الجودة والخدمة فيومزايا التأمين وأن تتواصل معي بشأن تحسين الجودة والخدمة في إطار استبيانات العملاء. وهذه الموافقة تطوعية ويمكن إلغاؤها بشكل غير رسمي في أي وقت في المستقبل.

### أعمل لدى

اسم جهة العمل أو شركة الترتيب المهني (AGName)

الرمز البريدي (PLZ)

المدينة (Ort)

الشارع، رقم المنزل (Straße, Hausnummer)

راتبي الشهري الإجمالي يبلغ: (Brutto-Arbeitsentgelt)  ما يصل إلى 556 يورو شهرياً (وظيفة صغيرة) (Minijob) ☐ أكثر من 6.150 يورو شهرياً

### معلومات حول التأمين الصحي السابق

كان مؤمناً علي آخر مرة (zuletzt versichert)

من (vom) يوم/شهر/سنة (DD.MM.YYYY) إلى (bis) يوم/شهر/سنة (DD.MM.YYYY) لدى شركة التأمين الصحي (Krankenkasse)

☐ تأمين ذاتي (selbst versichert)

☐ تأمين عائلي عن طريق (familienversichert über)

اسم العائلة، الاسم الأول (Name, Vorname)

تاريخ الميلاد (DD.MM.YYYY) يوم/شهر/سنة (Gebt)

رقم التأمين الصحي (KVNr.)

☐ غير مؤمن علي تأميناً إلزامياً (nicht gesetzlich versichert)

منذ (seit) يوم/شهر/سنة (DD.MM.YYYY) السبب (على سبيل المثال تأمين خاص، في الخارج) (Grund)

سبب تغيير شركة التأمين: ☐ تغيير في علاقة الشخص المؤمن عليه (على سبيل المثال تغيير مكان العمل، بدء الحصول على معونة البطالة ... إلخ) (Vers.-verhältnis)  
☐ فسخ تعاقد التأمين الصحي (Kündigung) (Anlass des Kassenwechsels)

### بيانات أخرى

☐ نعم، لدي أفراد عائلة ينبغي تضمينهم في التأمين مجاناً. يرجى أن ترسل الاستبيان إلي. (Fami)

☐ أعرف أشخاصاً آخرين مهتمين بأن يصبحوا أعضاء في شركة Novitas BKK. (MwM)

### التوقيع

ملاحظة بشأن حماية البيانات: يتم جمع المعلومات وحفظها واستخدامها وفقاً للمادة 284 الفقرة 1 من الجزء الخامس من قانون الشؤون الاجتماعية (SGB V) والمادة 94 من الجزء الحادي عشر من قانون الشؤون الاجتماعية (SGB XI) يفرض تنفيذ المهام القانونية لشركة Novitas BKK. ويمكن الاطلاع على مزيد من المعلومات حول معالجة البيانات وفقاً للمادة 13 من اللائحة العامة لحماية البيانات على: [www.novitas-bkk.de/datenschutz](http://www.novitas-bkk.de/datenschutz)

تاريخ الإصدار: بيان الانضمام BE-A 12/2024

المدينة والتاريخ والتوقيع

MA (بملا بمعرفة شركة Novitas BKK)

Vermittler – ID