


Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice **KKH**
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

**Щоб стати членом ККН,
виконайте такі дії:**

**Заповніть заявку на членство та не
забудьте її підписати.**

**Надішліть заявку назад поштою
(безкоштовно разом із нашим зворотним
конвертом), електронною поштою
(info@krankenkasseninfo.de) або факсом
(0345 - 68266 - 29).**

**Ви отримаєте медичну картку та страхове
підтвердження для центру зайнятості від ККН**

швидкий шлях до членства

- (1) виріжте поле для відповідей у позначеній лінії**
- (2) наклеїти його на конверт**
- (3) Покладіть заявку в конверт**
- (4) відправлять у поштову скриньку (безкоштовно)**





Загальні дані про члена лікарняної каси

Allgemeine Angaben zum Mitglied

Так, я бажаю стати _____ членом ККН.

Ja, ich werde zum (...) Mitglied der KKN.

Пані Пан Академічний ступінь _____
Frau Herr Akad. Grad

Прізвище, ім'я | Name, Vorname

За потреби прізвище під час народження | Ggf. Geburtsname Дата народження | Geburtsdatum

Стать: жіноча чоловіча інше*
Geschlecht: weiblich männlich divers*

Місце народження | Geburtsort Громадянство | Staatsangehörigkeit

Вулиця, № будинку | Straße, Hausnummer

Поштовий індекс | PLZ Населений пункт | Ort

Телефон/мобільний** | Telefon/mobil**

Ел. пошта** | E-Mail**

незаміжня/неодружений заміжня/одружений вдова/
ledig verheiratet verwitwet

розлучена/розлучений цивільне/партнерство***
geschieden verpartnert***

поки що немає
noch keine vorhanden

Номер пенсійного страхового полиса | Rentenversicherungsnummer

Номер полиса медичного страхування (KVNR) | Krankenversicherungsnummer (KVNR)

Я хочу змінити лікарняну касу з такої причини

Ich möchte aus folgendem Grund die Krankenkasse wechseln

Зміна роботодавця
Arbeitgeberwechsel

Втрата роботи
Eintritt in die Arbeitslosigkeit

Початок самостійної діяльності
Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit

Початок навчання у ВНЗ
Aufnahme eines Studiums

Спливання терміну дії
Ablauf der Bindefrist

Підвищення суми додаткового внеску в мої попередній
лікарняній касі
Erhöhung des Zusatzbeitrages meiner bisherigen Krankenkasse

Інші причини зміни
Wechsel aus anderen Gründen

Загальні дані про страхове покриття

Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz

Мій статус ... | Ich bin ...

Найманий робітник (робітниця) Учень (учениця)
Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r)

Студент(ка) Пенсіонер(ка)/чиновник (чиновниця)
Student(in) u відставці Rentner(in)/Pensionär(in)

Самозайнята особа
Selbstständige(r)
(будь ласка, заповніть заявку на розрахунок внесків залежно від доходу)
(Bitte Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung ausfüllen.)

Інше _____
Sonstiges

Найменування роботодавця/ВНЗ | Name Arbeitgeber/Hochschule

Вулиця, № будинку | Straße, Hausnummer

Поштовий індекс | PLZ Населений пункт | Ort

дата початку роботи/навчання щомісячна оплата бруто (євро)
beschäftigt seit/studiere ab mtl. Bruttoentgelt (EUR)

Я перебуваю з роботодавцем у родинних/шлюбних
відносинах.
Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.

У мене є частка в компанії (товаристві).
Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.

Вид участі | Art der Beteiligung

У мене є ще одна робота.
Ich habe eine weitere Beschäftigung.

Я займаюся (окрім цього) самостійною діяльністю з _____.
Ich bin (daneben) seit (...) selbstständig erwerbstätig.

Я отримую пенсію (наприклад, пенсію для сиріт, пенсію
овдовілим, пенсію за віком від підприємства або пенсійні
виплати державного службовця).
Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder
Versorgungsbezug).

Останнім часом я був(ла) застрахований(а):

Ich war zuletzt versichert:

дата початку | von дата закінчення | bis

Назва поточної лікарняної каси (приватна, законодавчо встановлена, іноземна) Адреса
вищезазначеної лікарняної каси
bei (Name und Anschrift der derzeitigen Krankenkasse (private, gesetzliche, ausländische))

за кордоном _____
im Ausland Дата прибуття до Німеччини | Zugang in Deutschland am

Номер полиса міжнародного страхування | Internationale Versicherungsnummer



* інше в сенсі § 22, абзац 3 PStG (Закон про особистий статус) ** вказується за бажанням *** цивільними партнерами вважаються особи однієї статі, які декларували своє партнерство згідно з Законом про реєстрацію цивільного партнерства (LPartG).

*divers im Sinne des § 22 Abs. 3 PStG ** freiwillige Angaben *** Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

Тип моєї попередньої страховки:

Ich war versichert als:

- обов'язкова страховка (наприклад, робітник, студент, пенсіонер)
Pflichtmitglied (z. B. Arbeitnehmer, Student, Rentner)
- добровільна страховка (наприклад, робітник, самозайнята особа, дитина, студент, подружжя тощо)
freiwilliges Mitglied (z. B. Arbeitnehmer, Selbstständiger, Kind, Student, Ehegatte usw.)
- сімейна страховка
familienversichert
- ще не застрахований(а) в Німеччині
noch nie in Deutschland versichert

Додаткові дані для студентів:

Zusätzliche Angaben bei Studenten:

- Я подаю заявку на сплату щомісячних внесків (потрібен мандат SEPA. Будь ласка, додайте довідку про зарахування до ВНЗ).
Ich beantrage die monatliche Beitragszahlung. (SEPA-Mandat ist erforderlich. Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

Інші дані

Sonstige Angaben

- Я хочу водночас безкоштовно застрахувати членів родини (будь ласка, також заповніть заявку на сімейну страховку).
Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern. (Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen.)
- У мене є діти (важливо для розрахунку внесків для страхування на випадок потреби в постійному догляді).
Ich habe Kinder. (Wichtig für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung)
- Я маю визнане право на отримання послуги від органу соціального страхування, професійної спілки або інших установ.
Ich habe anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.

Інформація потрібна для виконання завдань компанії KKH, зокрема для обробки заявки; дані збираються та обробляються на підставі § 284 SGB V та § 94 SGB XI. Більше про обробку даних і про ваші права ви можете прочитати в доданому інформаційному листі, а також на нашому сайті за адресою [kkh.de/datenschutz](https://www.kkh.de/datenschutz). Своїм підписом я підтверджую правильність усіх даних у цій заяві.

Die Angaben sind zur Erfüllung der Aufgaben der KKH, insbesondere der Antragsbearbeitung, erforderlich; die Daten werden aufgrund § 284 SGB V und § 94 SGB XI erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte den beiliegenden Informationen sowie unserer Internetseite [kkh.de/datenschutz](https://www.kkh.de/datenschutz). Die Richtigkeit aller Angaben auf diesem Antrag bestätige ich durch meine Unterschrift.

Компанію KKH мені рекомендували:

Die KKH wurde mir empfohlen durch:

Прізвище, ім'я | Name, Vorname

Заяви про згоду

Einwilligungserklärungen

Я погоджуюся з тим, що компанія KKH інформує мене електронною поштою або телефоном за відміченими нижче темами та з цією метою також зберігає, обробляє та використовує мої контактні дані до спливання терміну дії моїх страхових відносин у компанії KKH.

Ich willige ein, dass die KKH mich zu den unten angekreuzten Themen per E-Mail oder Telefon informiert und zu diesen Zwecken auch meine Kontaktdaten bis zum Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der KKH speichert, verarbeitet und nutzt.

- опитування клієнтів, продукти та послуги компанії KKH
Kundenbefragung, KKH Produkte und Services
- додаткове приватне страхування
private Zusatzversicherungen

Ці згоди є добровільними, і я в будь-який час можу відкликати їх, надавши до компанії KKH заяву у довільній формі, наприклад, телефоном, електронною поштою або листом.

Diese Einwilligungen sind freiwillig und ich kann sie jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.

Каса для догляду від компанії KKH

Pflegekasse bei der KKH

Подача заяви також означає включення страхування в компанії KKH на випадок потреби в постійному догляді.

Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH mit ein.

- Ні, мене звільнено від соціального страхування на випадок потреби у постійному догляді (будь ласка, додайте довідку).
Nein, ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit. (Bitte Nachweis beifügen.)

X

Дата | Datum

Підпис | Unterschrift

Angaben zur beitragsfreien Familienversicherung Дані для сімейного страхування без сплати внесків

(Allgemeine Informationen finden Sie unter: kkh.de/voraussetzungen)

(загальну інформацію можна знайти за адресою: kkh.de/voraussetzungen)

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Загальні дані члена лікарняної каси

Name, Vorname (Mitglied) _____
Прізвище, ім'я (члена лікарняної каси)

Anschrift _____
Адреса

Geburtsdatum _____ Servicezeichen _____
Дата народження Службова позначка

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
Сімейний стан незаміжня/неодружений заміжня/одружений живе окремо розлучена/розлучений вдова/вдівець

Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (In diesem Fall sind die Angaben jeweils unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen.)

Цивільне партнерство згідно з Законом про реєстрацію цивільного партнерства — LPartG (у цьому випадку слід вказати дані у відповідному розділі «Подружжя»)

Anlass für die Aufnahme meines/meiner Angehörigen in die Familienversicherung. Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes
Причина включення члена / членів моєї сім'ї до сімейної страховки: Початок мого членства у лікарняній касі Народження дитини

Heirat Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen Zuzug aus dem Ausland Sonstiges _____
Укладення шлюбу Завершення у членів сім'ї попереднього членства у лікарняній касі Прибуття з-за кордону Інше

Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ (Angabe freiwillig) Mobil-Nummer _____ (Angabe freiwillig)
Зі мною можна зв'язатися протягом дня за номером телефону (вказується за бажанням) № мобільного тел (вказується за бажанням)

oder per E-Mail _____ (Angabe freiwillig) zu erreichen.
або електронною поштою (вказується за бажанням).

Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner* bei Familienversicherung von Kindern

Дані про подружжя / цивільного партнера* для сімейного страхування дітей

Name, Vorname _____ ggf. abweichende Anschrift _____
Прізвище, ім'я за потреби інша адреса

Mein Ehe-/Lebenspartner* ist selbst gesetzlich krankenversichert (Mitglied) nicht gesetzlich versichert.
Мій партнер у шлюбі/цивільний партнер* сам має обов'язкову медичну страховку (член лікарняної каси) медичної страховки.
 familienversichert nicht gesetzlich versichert.
має сімейну страховку не має обов'язкової медичної страховки.

Name/Sitz der Krankenversicherung _____ Höhe seiner mtl. Einkünfte¹⁾ _____ €
Назва/місцезнаходження закладу медичного страхування Розмір щомісячного доходу партнера¹⁾

Einkommensart (z. B. Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt etc.)¹⁾ _____
Вид заробітку (наприклад, прибуток від самостійної діяльності, оплата праці тощо)¹⁾

Das Gesamteinkommen meines Ehe-/Lebenspartners ist regelmäßig höher als mein eigenes.¹⁾ ja ja
Загальна сума заробітку мого партнера в шлюбі/цивільного партнера регулярно перевищує мій власний заробіток.¹⁾ так

¹⁾Diese Angaben sind nur erforderlich, sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert und mit den Kindern verwandt ist, für die eine Familienversicherung beantragt wird. In diesem Fall sind die Einkünfte zwingend durch Einkommensnachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) zu belegen. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

²⁾Ці дані потрібні лише у випадку, коли партнер у шлюбі/цивільний партнер не має обов'язкової медичної страховки та є родичем дітям, на яких подається заявка на сімейну страховку. У цьому випадку обов'язково підтверджувати доходи довідками про доходи (наприклад, рішенням про розмір податку з доходу). Доплати, які виплачуються з урахуванням сімейного стану, не слід враховувати у даних про доходи.

* Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

* Цивільними партнерами вважаються особи однієї статі, які декларували своє партнерство згідно з Законом про реєстрацію цивільного партнерства (LPartG).

Bitte wenden!
Див. на звороті!

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

Загальні дані про членів сім'ї

Eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen ist rechtlich nicht zulässig. Bitte stellen Sie mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Одночасне сімейне страхування в різних лікарняних касах не допускається за законом. Будь ласка, підтвердіть у своїх даних, що подвійне сімейне страхування виключено.

Ehegatte w m x d** Kind w m x d Kind w m x d**
Подружжя ж ч х і** Дитина ж ч х і** Дитина ж ч х і**

Familienversicherung wird beantragt ab _____

Дата початку сімейного страхування за заявкою _____

Name _____

Прізвище _____

(Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist (z. B. weil sie durch Flucht oder Vertreibung zurückgelassen wurden oder verloren gegangen sind) – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.)

(якщо прізвище члена лікарняної каси не збігається з прізвищем члена сім'ї, слід одноразово підтвердити сімейний стан особи відповідними документами (наприклад, свідоцтвом про шлюб, свідоцтвом про реєстрацію цивільного партнерства, свідоцтвом про народження) або, якщо їхнє подання неможливе (наприклад, тому, що їх було залишено чи втрачено через втечу або висилку), іншим відповідним документом (наприклад, довідкою про отримання допомоги на дитину))

Vorname _____

Ім'я _____

Geburtsdatum _____

Дата народження _____

ggf. abweichende Anschrift _____

за потреби інша адреса _____

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied leibl. Kind²⁾ Stiefkind leibl. Kind²⁾ Stiefkind

ступінь спорідненості з членом лікарняної каси

рідна дитина²⁾

пасинок/падчерка

рідна дитина²⁾

пасинок/падчерка

²⁾Die Bezeichnung „leibl. Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden

²⁾Назва «рідна дитина» також використовується в разі усиновлення/удочеріння.

Enkel Pflegekind Enkel Pflegekind

онук(а)

приймозна дитина

онук(а)

приймозна дитина

Der Ehegatte des Mitglieds ist mit dem Kind verwandt

Подружжя члена лікарняної каси має родинний зв'язок із дитиною.

nein

ні

nein

ні

Angaben zur Vorversicherung der Familienangehörigen

Дані про попереднє страхування членів сім'ї

Ehegatte
Подружжя _____

Kind
Дитина _____

Kind
Дитина _____

Bisherige Krankenversicherung _____

Попереднє медичне страхування _____

bis _____

до _____

selbst gesetzlich versichert

самостійна обов'язкова страховка

selbst gesetzlich versichert

самостійна обов'язкова страховка

selbst gesetzlich versichert

самостійна обов'язкова страховка

privat versichert

приватне страхування

privat versichert

приватне страхування

privat versichert

приватне страхування

familienversichert bei

сімейна страховка в компанії

familienversichert bei

сімейна страховка в компанії

familienversichert bei

сімейна страховка в компанії

Name, Vorname _____

Прізвище, ім'я _____

nicht versichert

не має страховки

nicht versichert

не має страховки

nicht versichert

не має страховки

** w = weiblich, m = männlich, x = unbestimmt, d = divers

** ж = жіноча, ч = чоловіча, х = не визначена, і = інше

Bitte wenden!

Див. на звороті!

Sonstige Angaben zu den Familienangehörigen

Інші дані про членів сім'ї

	Ehegatte Подружжя	Kind Дитина	Kind Дитина
Selbstständige Tätigkeit liegt vor. Здійснює самостійну діяльність	<input type="checkbox"/> ja так	<input type="checkbox"/> ja так	<input type="checkbox"/> ja так
Es werden Arbeitnehmer beschäftigt. Є наймані робітники	<input type="checkbox"/> ja так	<input type="checkbox"/> ja так	<input type="checkbox"/> ja так
Höhe des Gewinns Розмір прибутку	monatl. _____ щомісячно	€ monatl. _____ щомісячно	€ monatl. _____ щомісячно
(Bitte Kopie des Einkommensteuerbescheides beifügen!) (додайте копію рішення про розмір податку з доходу!)			
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatl.) Сума оплати праці бруто за мінімальну зайнятість (щомісячно)	_____ €	_____ €	_____ €
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) Bitte Nachweise beifügen! Законодавчо встановлена пенсія, пенсійні виплати державного службовця, пенсії (щомісячна сума платежу) Будь ласка, додайте довідки!	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen – bitte Nachweise beifügen) Інші регулярні щомісячні доходи у сенсі податкового законодавства (наприклад, сума оплати праці бруто за зайнятість, що перевищує мінімальну, доходи за найми та оренда, доходи за вкладений капітал — додайте довідки)	_____ €	_____ €	_____ €
	Art der Einkünfte Вид доходу	Art der Einkünfte Вид доходу	Art der Einkünfte Вид доходу
	_____ €	_____ €	_____ €
	Art der Einkünfte Вид доходу	Art der Einkünfte Вид доходу	Art der Einkünfte Вид доходу
	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) Інші доходи (наприклад, компенсація за втрату робочого місяця)	_____ €	_____ €	_____ €
Schule/Studium vom ... Школа / навчання з ...	_____	_____	_____
bis voraussichtlich ... (ab 23 Jahren bitte Nachweis beifügen) імовірно до ... (з 23 років, будь ласка, додайте довідку)	_____	_____	_____
Wehr- oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst von ... bis ... (bitte Nachweis beifügen) Військова або законодавчо врегульована добровільна служба з ... до ... (будь ласка, додайте довідку)	_____	_____	_____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige (bitte immer ausfüllen)

Дані про призначення номера медичної страховки для учасника сімейного страхування (заповнювати обов'язково)

	Ehegatte Подружжя	Kind Дитина	Kind Дитина
Rentenversicherungsnummer Номер пенсійного страхового поліса	_____	_____	_____
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde: Наступні дані потрібні лише тоді, коли номер пенсійного страхового поліса ще не призначений:			
Geburtsname Прізвище під час народження	_____	_____	_____
Geburtsort Місце народження	_____	_____	_____
Geburtsland Країна народження	_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit Громадянство	_____	_____	_____

Bitte wenden!
Див. на звороті!

Einwilligungserklärungen

Заяви про згоду

Ich willige ein, dass die KKH mich zu den unten angekreuzten Themen per E-Mail und Telefon informiert und zu diesen Zwecken auch meine Kontaktdaten bis zum Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der KKH speichert, verarbeitet und nutzt.

Я погоджуюся з тим, що компанія ККН інформує мене електронною поштою або телефоном за відміченими нижче темами та з цією метою також зберігає, обробляє та використовує мої контактні дані до кінця дії моїх страхових відносин в компанії ККН.

- Kundenbefragung
опитування клієнтів
- KKH Produkte und Services
продукти та послуги компанії ККН
- private Zusatzversicherungen
додаткове приватне страхування

Diese Einwilligungen kann ich jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.

Я в будь-який момент можу відкликати ці згоди, надавши до компанії ККН заяву у довільній формі, наприклад, телефоном, електронною поштою або листом.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt besonders, wenn sich das Einkommen meiner oben angegebenen Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglieder einer (anderen) Krankenkasse werden.

Підтверджую правильність даних. Я негайно інформуватиму про зміни. Це стосується зокрема заробітку — мого або вказаних членів сім'ї (наприклад, нове рішення про розмір податку з доходу від самостійної діяльності) — або випадків, коли ці особи стають членами (іншої) лікарняної каси.

<hr/>	X	X
Ort, Datum місце, дата	Unterschrift des Mitglieds підпис члена лікарняної каси	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen за потреби підписи членів сім'ї

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen oder dessen gesetzlichen Vertreters aus.

Своїм підписом я підтверджую, що члени сім'ї погодилися з наданням необхідних даних. Для членів сім'ї, які проживають окремо, достатньо підпису члена сім'ї або його законного представника.

Datenschutz

Захист даних

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

Інформація про захист даних (ст. 13 Регламенту (ЄС) 2016/679): для того, щоб ми могли оцінити сімейну страховку, потрібна ваша участь згідно з § 10, абзац 6, § 289 SGB V. Дані збираються для встановлення страхових відносин (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989 (Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte, Закон про медичне страхування фермерів), § 25 SGB XI). Добровільно вказані контактні дані використовуються тільки для запитів стосовно ваших страхових відносин.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an die KKH Hauptverwaltung, 30125 Hannover.

Будь ласка, надішліть заповнену заявку за адресою: KKH Hauptverwaltung, 30125 Hannover (головне управління компанії ККН у Ганновері).

ККН Kaufmännische Krankenkasse — надійний партнер на вашому боці

Обираючи компанію ККН, ви отримуєте надійного партнера в питаннях охорони здоров'я — державну лікарняну касу з індивідуальним підходом до медичного обслуговування та величезним пакетом послуг.

Ми допомагаємо вам у всьому — якщо ви захочете, навіть мовою вашої країни.

Ми хочемо стисло ознайомити вас із найважливішими підвалинами системи охорони здоров'я Німеччини. Якщо у вас є запитання на ці та будь-які інші теми, будь ласка, звертайтеся до вашої контактної особи від компанії ККН на місці.

Соціальне страхування Німеччини

Понад 90 % населення Німеччини охоплено системою соціального страхування і завдяки цьому захищено від життєвих ризиків, з якими може стикатися кожен. П'ять стовпів системи соціального страхування (у дужках — випадки фінансового забезпечення):

- Пенсійне страхування (бідність у старості, професійна та загальна непрацездатність, смерть)
- Страхування безробіття (втрата робочого місця)
- **Медичне страхування (захворювання, допоміжні засоби, ліки...)**
- Страхування на випадок потреби у постійному догляді (допомога на випадок потреби в догляді)
- Страхування від нещасних випадків (нещасний випадок на виробництві)

Якщо у вас є запитання про соціальне страхування, будь ласка, звертайтеся до вашої контактної особи компанії ККН.

Компанія ККН турбується про ваше здоров'я, а тому пропонує ексклюзивні преміальні послуги. Пересвідчіться самі!

Ви отримуєте у нас фінансове забезпечення в таких випадках:

- Візити до лікарів, з якими укладено угоду, а також придбання ліків (у разі необхідності можлива додаткова оплата)
- Лікування в лікарні, з якою укладено угоду
- Рання діагностика та профілактика (вакцинації, обстеження дітей)
- Грошова допомога у випадку тривалого захворювання
- Послуги для вагітних жінок

Одне для всіх: страхове покриття від компанії ККН для всієї родини

Сімейне страхування є інклюзивним. Як правило, страхове покриття можна замовити без доплати для:

- вас самих як застрахованої особи;
- вашого подружнього партнера, якщо він / вона не працює та якщо зазвичай перебуває в Німеччині;
- ваших дітей — як мінімум, до закінчення періоду відвідування школи.

Як працює лікарняна каса у страховому випадку?

- Лікарняна каса оплачує витрати, які виникають у випадку захворювання. При цьому розрахунки дуже прості: у лікаря / в лікарні ви показуєте свою електронну медичну карту. Розрахунки здійснюють лікар і лікарняна каса — ви навіть не отримуєте рахунок та не маєте вносити авансовий платіж.
- Ви можете вільно вибирати собі лікаря, який вас лікуватиме: у компанії ККН панує принцип вільного вибору лікаря
- Проблеми — як зрозуміти лікаря? З задоволенням допоможемо вам знайти лікаря, який володіє мовою вашої країни.

ККН

**Kaufmännische
Krankenkasse**

- Проблеми — записатися на прийом до лікаря-спеціаліста? Служба запису до лікарів-спеціалістів із задоволенням запише вас на прийом до лікаря-спеціаліста.

Внески в медичне страхування

- Витрати на соціальне страхування в Німеччині порівну розподіляються між роботодавцем і робітником. Ту частину, яку ви повинні сплачувати самі, ваш роботодавець утримує безпосередньо з вашої заробітної платні, — при цьому вам не потрібно ні про що турбуватися.
- Розмір внеску до лікарняної каси залежить від вашої заробітної платні. Поточні розміри страхових внесків можна знайти на сайті kkh.de/beitrag.

Що треба знати студентам?

У державній лікарняній касі студентам пропонують спеціальні, особливо вигідні умови. Просто зверніться до нас — ми радо проконсультуємо вас!

Трудова діяльність у Німеччині

Службовці в Німеччині мають по відношенню до свого роботодавця різні права та обов'язки:

Якщо ви захворіли та не можете працювати,

- ви повинні **негайно повідомити** про це своєму роботодавцю
- Якщо ваше захворювання триває довше (більше 4 днів), ви повинні надати **довідку від лікаря** своєму роботодавцю та своїй лікарняній касі.
- Роботодавець може вимагати, щоб ви надали медичну довідку вже з першого дня захворювання, — краще за все з'ясуйте це у випадку захворювання.

Якщо з вами стався нещасний випадок на виробництві,

- пройдіть обстеження у лікаря-спеціаліста з виробничого травматизму («хірурга-травматолога») (запитайте про це свого роботодавця).
- У разі настання нещасних випадків на виробництві — а також нещасних випадків на шляху до роботи або від роботи додому — діє страхування від нещасних випадків. «Хірург-травматолог» знає, як діяти в таких випадках.

Якщо ваша дитина захворіла,

- повідомте про це своєму роботодавцю. За необхідності педіатр, який здійснює лікування, видасть вам довідку. У разі потреби ви можете скористатися правом на отримання грошової допомоги на дитину. Кожного календарного року у вас є 10 днів, коли ви можете доглядати за своєю хворою дитиною. Якщо обидва з батьків працюють або ви виховуєте дитину самотужки, цей термін подвоюється.

Чому ККН? Переваги для вас!

Не покладайтесь на випадок, коли мова йде про здоров'я, а вибирайте надійного партнера!

- Ми допомагаємо людям у Німеччині вже понад **125 років**.
- Компанія ККН має **1,6 млн застрахованих осіб**, завдяки чому належить до **найбільших лікарняних кас** у Німеччині.
- **Інформація різними мовами** — під час подачі заявки на членство в лікарняній касі та запитань про здоров'я ми завжди на вашому боці — швидко, компетентно та орієнтуючись на знаходження рішення!
- **Різноманітні оздоровчі послуги**, наприклад, покриття витрат на ліки, вільний вибір лікарні та фіксовані дотації на зубні протези.
- **Ексклюзивні додаткові послуги**, наприклад, бонусні програми та пропозиції з укріплення здоров'я.

Інформація про захист персональних даних

Загальний регламент ЄС про захист даних (DSGVO) встановлює порядок поводження з персональними даними для підприємств і офіційних установ — зокрема для медичної страхової компанії ККН (Kaufmännische Krankenkasse).

Про що йде мова?

Завданням компанії ККН як представника системи страхування на випадок захворювання та страхування на випадок потреби у постійному догляді є підтримка, відновлювання або покращення здоров'я своїх застрахованих осіб, а також надання допомоги особам, які потребують постійного догляду та солідарної підтримки через серйозність такої потреби у догляді. Щоб виконати свої законні завдання, компанія ККН обробляє персональні дані.

Далі наводимо огляд найважливіших правил захисту ваших даних.

Крім того, докладну та актуальну інформацію також можна отримати на нашому сайті: kkh.de/datenschutz. Якщо у вас немає доступу до мережі Інтернет, дайте нам знати про це. Ми з задоволенням надішлемо вам докладну інформацію поштою.

Яка мета та які правові основи обробки даних?

Діяльність компанії ККН підлягає правилу соціальної таємниці. Ми обробляємо ваші персональні дані згідно з Регламентом DSGVO, Соціальним кодексом (SGB) і Федеральним законом про захист інформації (BDSG). Крім того, якщо з'являються інші законодавчі зобов'язання, які стосуються обробки персональних даних, вони також будуть дотримані, наприклад, Закон про компенсацію витрат роботодавців на продовження виплат заробітної платні під час захворювання робітника (Aufwendungsausgleichsgesetz, AAG).

У тій мірі, в якій компанія ККН здійснює державні повноваження, цілі обробки даних для страхування на випадок захворювання витікають із § 284 SGB V, а для страхування на випадок потреби у постійному догляді — з § 94 SGB XI. При цьому йдеться про таку мету обробки:

- 1) встановлення страхових відносин і членства, включно з даними, необхідними для початку страхових відносин;
- 2) видача листка непрацездатності та електронної «карти здоров'я»;
- 3) встановлення обов'язку сплачувати внески, розміру внесків, відповідальних за сплату внесків і порядку сплати внесків;
- 4) перевірка та забезпечення виплат;
- 5) визначення стану додаткових платежів, встановлення межі навантаження;
- 6) проведення процедури відшкодування витрат і повернення внесків;
- 7) підтримка застрахованих осіб у випадку неправильного лікування;
- 8) взяття на себе витрат на лікування у випадках, передбачених § 264 SGB V;
- 9) залучення медичної служби або проведення експертизи згідно з § 87, абзац 1c SGB V;
- 10) розрахункові операції з постачальниками послуг, включно з перевіркою законності та достовірності розрахункових операцій;
- 11) контроль економічності, обрахування та якості надання послуг;
- 12) розрахункові операції з іншими постачальниками послуг;
- 13) реалізація вимог про повернення коштів і про відшкодування збитків;
- 14) підготовка, узгодження та реалізація договорів про винагороду;
- 15) підготовка та реалізація пілотних проєктів, впровадження системи управління допомогою, реалізація договорів про медичне обслуговування через сімейного лікаря, про особливі форми допомоги та про амбулаторне надання вузькоспеціалізованих послуг, включно з перевіркою економічності та якості;
- 16) проведення процедури вирівнювання структури ризиків;
- 17) залучення застрахованих осіб до програми Disease-Management-Programme (DMP, «програма керування захворюваннями») та до підготовки й реалізації цієї програми;
- 18) реалізація програми керування випискою після лікування у лікарні;
- 19) відбір застрахованих осіб для індивідуального консультування та надання допомоги на відновлення працездатності, на послуги хоспісів і паліативне обслуговування, а також на їхню реалізацію;
- 20) контроль дотримання договірних і законодавчих зобов'язань постачальниками допоміжних засобів;
- 21) виконання завдань лікарняних кас як установ із надання реабілітаційних послуг згідно з SGB IX;
- 22) підготовка інновацій у соціальному забезпеченні, інформування застрахованих осіб і розповсюдження пропозицій з інноваційного соціального забезпечення;
- 23) адміністративне забезпечення електронної медичної карти пацієнта, а також пропозиція додаткових програм;

- 24) приймання нових членів;
- 25) укладання та реалізація угод про денне утримання, договорів про оплату та договорів про інтегровану допомогу (страхування на випадок потреби у постійному догляді),
- 26) роз'яснення та інформування (страхування на випадок потреби у постійному догляді);
- 27) координація допоміжних структур із догляду, консультування з догляду; видача купонів на консультацію, реалізація завдань у центрах консультування з догляду;
- 28) статистичні цілі (страхування на випадок потреби в постійному догляді);
- 29) підтримка застрахованих осіб під час подачі позовів на відшкодування збитків (страхування на випадок потреби в постійному догляді).

Додаткову інформацію щодо обробки даних для електронної медичної карти пацієнта можна знайти за адресою: kkh.de/epa-datenschutz

Якщо ви порекомендуєте компанію ККН комусь іншому, отримаєте за це винагороду на знак подяки. Під час розрахунку обсягу винагороди проводиться обробка ваших даних, потрібних для цього. Крім того, ми обробляємо дані на підставі чіткої заяви про згоду, наприклад, у разі вашої зацікавленості в здобутті членства.

Під час обробки даних компанія ККН дотримується юридичних зобов'язань, які стосуються, наприклад, збереження необхідних даних або проведення платіжних операцій.

Під час деяких господарських процесів компанія ККН у межах дозволеного ухвалює рішення, які ґрунтуються на автоматичній обробці. При цьому враховується вся інформація, яка потрібна для ухвалення рішення, тобто яка може впливати на результат рішення. При цьому ми керуємося статтею 22 DSGVO. Ми не передаємо жодних даних до третіх країн та міжнародних організацій.

Хто є отримувачем моїх даних?

Згідно з нормами законодавства, іноді потрібно передавати дані отримувачам поза межами компанії ККН. Приклади таких отримувачів: інші установи системи соціального страхування (наприклад, органи пенсійного страхування або страхування від нещасних випадків, агентства з працевлаштування), медична служба, постачальники послуг, фінансові установи для проведення платіжних операцій, суди, а також роботодавці. У рамках приписів про прозорість даних згідно з §§ 303a (і далі) SGB V певна інформація передається для побудови Центру дослідження даних.

Іноді для виконання наших завдань ми залучаємо сторонніх постачальників послуг, які обробляють дані за нашим дорученням. До таких постачальників послуг належать, наприклад, компанії зі сфери інформаційних технологій та телекомунікацій, друку та поштових відправлень, дослідження ринку та опитування клієнтів, сервісу телефонної підтримки клієнтів, послуг сканування, знищення документів і носіїв інформації, перевірки рахунків та їхньої оплати, обробки фотографій та виробництва карток.

Звідки походять дані та про які категорії даних йде мова?

Ми отримуємо необхідні дані від вас і від третіх осіб для виконання наших законодавчо визначених завдань. Дані передаються, наприклад, постачальникам послуг, як-от лікарям або лікарням, іншим установам системи соціального страхування, роботодавцям, реєстраційним органам та іншим установам. При цьому мова йде про дані, які стосуються людей, членства та страхових відносин, про дані щодо внесків і платежів, а також про дані щодо послуг, допомоги та обрахування.

Більш докладну інформацію про отримувачів даних та їхні джерела, а також про категорії даних можна знайти за адресою: kkh.de/datenschutz

Як довго зберігаються мої дані?

Ми зберігаємо дані для виконання наших завдань і протягом законодавчо встановлених термінів зберігання. Ці терміни визначаються зокрема Соціальним кодексом і Положенням про бухгалтерський облік.

Які права я маю?

Ви маєте право на:

- інформацію про ваші оброблювані дані;
- відкликання заяв про згоду,

а за певних умов — на

- виправлення помилок у даних;
- видалення даних;
- обмеження обробки даних;
- заперечення обробки.

Крім того, у вас є право на подання скарги до наглядового органу, якщо вважаєте, що обробка ваших персональних даних ведеться неправомірно. Відповідним органом із цих питань є «Федеральний уповноважений із захисту даних і свободи інформації» у місті Бонн. Більше інформації про ваші права та про їхнє здійснення ви знайдете на нашій головній сторінці за адресою: kkh.de/datenschutz

Що станеться, якщо я не надам необхідні дані?

Щоб виконувати заявки, нам потрібні певні дані. Відсутність даних може призвести до погіршення рівня надання послуг. Може статися, що надання послуг стане неможливим або можливим лише частково, що воно буде скасовано або обробка буде затримуватися.

Хто відповідає за обробку даних?

Компанія Kaufmännische Krankenkasse — ККН
Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover (Німеччина)
Телефон: 0800 5548640554
Ел. пошта: datenschutzservice@kkh.de

Звернутися до наших уповноважених із захисту персональних даних можна за вищевказаною адресою або за адресою електронної пошти: datenschutz@kkh.de

Оновлення цієї інформації про захист персональних даних і внесення змін до неї

Ця інформація про захист персональних даних є чинною на даний момент. Станом на: березень 2022 року