

هل توصلت من طرفنا بإستمارة أسئلة حول الإنضمام إلى التأمين الصحي العائلي؟

تجد في الصفحات التالية مساعدة على الترجمة. رجاء الإجابة على الأسئلة في الإستمارة الألمانية التي توصلت بها عبر البريد وقم بإرسالها إلينا من جديد بعد التوقيع عليها. إن هذا ضروري لكي يستمر تأمينك الصحي. شكرا جزيلا.

فيما يتعلق بالخلفية:

يمكن للعاملين والعاملات المؤمنين لدى أ أو كا والعاجزين عن العمل لمدة تتجاوز ستة أسابيع أن يحصلوا على إعانة مرضية لفترة محددة. تكون بفضل ذلك مؤمن ماليا. يبدأ صرف إعانة المرض بعد إنتهاء صرف الأجر من طرف المشغل أو بعد إنتهاء صرف تعويضات وأداءات وكالة العمل (أربايتس أجناتور).

لكي يتم دفع إعانة المرض فإن أ أو كا نيدرزاكسن بحاجة إلى إثبات طبي بشأن مدة عجزك عن العمل. ترسل إلينا عيادة الطبيب هذه المعلومات عادة إلكترونيا. إذا تعذر ذلك لأسباب تقنية في العيادة فيرجى أن ترسل إلينا الورقة المطبوعة الموقعة من طرف الطبيب، يبدأ الحق في الحصول على إعانة المرض إبتداء من اليوم الذي أكد فيه الطبيب أنك غير قادر عن العمل. تذكر في العادة فترة العجز عن العمل المتوقعة في شهادة العجز عن العمل. يجب الإنتباه إلى اليوم الذي ينتهي فيه عجزك عن العمل حسب هذه الشهادة. يجب تأكيد إستمرار العجز عن العمل من طرف الطبيب على الأكثر في اليوم التالي إن إستمر هذا العجز. إذا صادف ذلك يوم سبت أو أحد أو عطلة رسمية فيكفي التأكد من العجز عن العمل في يوم العمل التالي. إذا كانت عيادة طبيبك في أجازة فيرجى الإتصال بالعيادة التي تنوب عنه.

إذا توفرت كل الشروط فسنحول لك إعانة المرض على حسابك البنكي. سيتم صرف المبلغ بأثر رجعي وهذا إلى غاية اليوم الذي تم في لأخر مرة تأكيد العجز عن العمل بواسطة الطبيب.

البيانات المهمة في إستمارة الأسئلة:

الرجاء الإدلاء برقم التعريف الضريبي الخاص بك. إنه متكون من 11 رقما. تجد هذا الرقم في الأعلى على اليسار. في إشعار الضرائب الخاص بك.

تصريح للحصول على إعانة المرض
رجاء تعبئة الصفحة الأمامية والخلفية. شكرا جزيلاً

XXXXXXXXXXXXXXXXX عاجز عن العمل ابتداء من: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

الإسم، الإسم الشخصي: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
رقم التأمين الصحي: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

رجاء تحويل إعانتتي على المرض إلى الحساب البنكي المذكور.

إبيان (IBAN)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

بيك (BIC)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

صاحب الحساب (إذا لم يكن متطابقاً مع مقاضي الإعانة) XX

الرقم التعريفي الضريبي (من 11 رقم تحصل عليه من مصلحة الضرائب)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

بيانات إختيارية *:

يمكن الإتصال بي تليفونيا على الشكل التالي

XXX* (التليفون الأرضي)

XXX* (التليفون المحمول)

لقد عملت بشكل جزئي أيضاً يوم XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX نعم لا

لقد قدمت طلباً للحصول على إعادة التأهيل الطبي نعم لا

أحصل على معاش نعم، رجاء الإجابة على الأسئلة الأخرى - لا

أحصل على معاش منذ XXXXXXX من طرف XX

قدمت طلباً للحصول على معاش نعم، رجاء الإجابة على الأسئلة الأخرى - لا
قدمت طلباً للحصول على معاش يوم XXXXXXX لدى XX
XX (نوع المعاش).

لقد غيرت رب العمل في الأشهر 12 الأخيرة نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، هل تم في هذه الفترة دفع مبالغ فردية
(مثل نقود الأجازة، بدل أعياد الميلاد) نعم لا

إذا كان الجواب بنعم فرجاء إرفاق الإثباتات المناسبة لرب العمل القديم.

لقد إتفقت على ترتيبات مرنة فيما يخص ساعات العمل (مثلا التقاعد الجزئي) نعم لا

تُجمع وتُعالج البيانات لتنفيذ مهامنا وفقًا للمادة 284 الفقرة 1 الجملة 1 رقم 4 من قانون الضمان الصحي الخامس (SGB V) لغرض دفع إعانة المرض وفقًا للمادة 44 من قانون الضمان الصحي الخامس (SGB V). مساهمتك ضرورية وفقًا للمادة 60 من قانون الضمان الاجتماعي الأول (SGB I). قد يؤدي عدم المساهمة إلى تعرضك لسلبيات في الحصول على الأداءات والإعانات. قد يكون المستلمون النهائيون لبياناتك أطراف ثالثة أو مقدمو خدمات مكلفين من قبلنا، وفقًا للالتزامات القانونية وصلاحيات الإبلاغ. يمكنك العثور على معلومات عامة حول معالجة البيانات وحقوقك على الموقع www.aok.de/nds/datenschutzrechte. إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع الشخص المسؤول المذكور في المکتوب أو مسؤول حماية البيانات لدينا.

* إن الإدلاء بأرقام التليفون إختياري والهدف منه هو التواصل بشكل أسرع في حالة وجود أسئلة حول دفع إعانة المرض. يمكنك في أي وقت

التراجع عن الإدلاء بهذه الأرقام أو جزئيا ابتداء من الآن.

تصريحات وإرشادات أخرى

سأخبر فوراً بالتغييرات.

إنني أعلم بأنه لن يتم دفع إعانة المرض إذا تقاضيت أجره أو راتباً أثناء فترة العجز عن العمل. إنني أعلم أيضاً أنه يجب إرجاع أية أداءات وإعانات دفعت دون حق.

إذا كان هناك حق في الحصول على إعانة إضافية فإنني أفوض أ أو كا نيدرزاكسن بإخبار مشغلي بما يلي: قيمة الإعانة اليومية عن المرض الإجمالية والصافية وأيضاً تاريخ بدء الدفع.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
التاريخ

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
التوقيع