

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 يغطي التأمين الصحي أفراد عائلتك. شكرا جزيلا.

فيما يتعلق بالخلفية:

إن شركة التأمين الصحي أوك نيدرزاكسن هي مؤسسة للتأمين الصحي لكل العائلة. الشيء الجيد بشكل خاص: إننا نؤمن أفراد العائلة بالمجان عند توفر شروط معينة. نحن ملزمون قانونيا بمطالبة مؤمنينا بالإدلاء بمعلومات حديثة حول أفراد عائلتك. نحن بحاجة إلى بياناتك حتى وإن لم يتغير أي شيء في عائلتك وحتى إن كنت لا ترغب في تأمين أي عضو من أفراد عائلتك معك.

رقم ملفنا: إستمارة حول التسجيل في التأمين الصحي العائلي
البيانات ضرورية إبتداء من ...

البيانات العامة للعضو

لقد كنت لغاية الآن

في إطار عضوية خاصة

مؤمن تأميننا

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



صحيا لدى

في إطار تأمين صحي عائلي

إسم ومقر التأمين الصحي

لم أكن أستفيد من أي تأمين صحي

الحالة الإجتماعية

أعزب / عازبة متزوج (ة) منذ XXXXXXXX (يجب في هذه الحالة تعبئة عمود

"الزوج/الزوجة")

أعيش في إنفصال مطلق (ة) منذ XXXXXXXX أرمل (ة)

الإقتران المدني (الشراكة الحياتية) طبقا لقانون الشراكة الحياتية منذ

XXXXXXXX

(يجب في هذه الحالة تعبئة عمود "الزوج/الزوجة")

بداية التأمين الصحي العائلي XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX؛ بسبب:

بداية عضويتي ميلاد الطفل الزواج

نهاية العضوية الخاصة السابقة لفرد العائلة أسباب أخرى:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

يمكن الإتصال بي في حالة وجود أسئلة نهارا على رقم التليفون

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (الإدلاء بالرقم إختياري)

عنوان بريدي الإلكتروني (إيميل) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(الإدلاء بالرقم إختياري)

بيانات أفراد العائلة

البيانات التالية ضرورية في الأساس فقط لأفراد العائلة الذين يجب تأمينهم لدينا. باستثناء ذلك، نحتاج إلى بعض المعلومات عن شريكك الزوجي/الحياتي حتى في حالة إجراء تأمين الأسرة فقط لأطفالك أنت معنا وتكون هناك درجة قرابة بين شريكك الزوجي/الحياتي وهؤلاء الأطفال. في هذه الحالة، بالإضافة إلى المعلومات العامة، يتطلب تقديم معلومات حول تأمين الشريك الزوجي/الحياتي، وفي حالة عدم تأمينه لدى شركة للتأمين الصحي القانوني، ستحتاج إلى إرفاق معلومات إضافية عن دخله. وفي هذا الصدد، يجب إثبات الدخل بواسطة إثباتات الدخل، ويجب تجاهل الزيادات التي تدفع بناءً على الحالة الزوجية عند تقديم المعلومات المتعلقة بالدخل.

يرجى الإنتباه إلى أن إجراء تأمين العائلة في نفس الوقت مع شركات تأمين صحية مختلفة غير قانوني. لذا، يُرجى التأكد من خلال معلوماتك أن التأمين المزدوج للأسرة مستبعد تمامًا.

| البيانات العامة لأعضاء العائلة | | | | |
|---|-------|-------|-------|--|
| الطفل | الطفل | الطفل | الزوج | |
| XXXXX | XXXXX | XXXXX | XXXX | رقم التأمين الصحي |
| XXXXX | XXXXX | XXXXX | XXXX | الإسم* |
| *في حالة عدم تطابق الأسماء بين العضو وفرد العائلة، يجب في المرة الأولى إثبات الأحوال الشخصية بواسطة وثائق مناسبة (مثل شهادة الزواج، شهادة الشراكة الحياتية، شهادة الميلاد) أو - إذا كان الإدلاء بها غير ممكن - بواسطة وثائق أخرى مناسبة (مثل قرار الحصول على إعانة للأطفال) | | | | |
| XXXXX | XXXXX | XXXXX | XXXX | الإسم الشخصي |
| XXXXX | XXXXX | XXXXX | XXXX | الجنس (ذ = ذكر، أ = أنثى، x = غير محدد، د = أخرى) |
| XXXXX | XXXXX | XXXXX | XXXX | تاريخ الميلاد |
| XXXXX | XXXXX | XXXXX | XXXX | إن إقتضى الحال العنوان المختلف عن عنوان العضو |

| | | | | |
|--|--|--|-----|--|
| الطفل الطبيعي* طفل الزوجة / الزوج الحفيد الطفل المكفول | الطفل الطبيعي* طفل الزوجة / الزوج الحفيد الطفل المكفول | الطفل الطبيعي* طفل الزوجة / الزوج الحفيد الطفل المكفول | XXX | علاقة القرابة بين العضو والطفل (* يجب إختيار التسمية "الطفل المكفول" حتى في حالة التبني.) |
| لا <input type="checkbox"/> | لا <input type="checkbox"/> | لا <input type="checkbox"/> | XXX | هل هناك قرابة بين الزوج والطفل؟ (لا تضع إشارة إلا إذا لم تكن هناك قرابة) |

بيانات آخر تأمين صحي لأعضاء العائلة أو التأمين الصحي القائم حالياً

| الطفل | الطفل | الطفل | الزوج / الزوجة | |
|---|---|---|---|---|
| XXXXXX XXXXXX XXXXXX | XXXXXX XXXXXX XXXXXX | XXXXXX XXXXXX XXXXXX | XXXXXX XXXXXX XXXXXX | التأمين الصحي لغاية الآن: ○ إنتهى يوم: ○ كان لدى: (إسم ومقرمؤسسة التأمين الصحي) |
| <input type="checkbox"/> العضوية <input type="checkbox"/> التأمين العائلي <input type="checkbox"/> غير إجباري | <input type="checkbox"/> العضوية <input type="checkbox"/> التأمين العائلي <input type="checkbox"/> غير إجباري | <input type="checkbox"/> العضوية <input type="checkbox"/> التأمين العائلي <input type="checkbox"/> غير إجباري | <input type="checkbox"/> العضوية <input type="checkbox"/> التأمين العائلي <input type="checkbox"/> غير إجباري | نوع التأمين الصحي: |
| XXXXXX (الإسم) XXXXXX (النسبة) | XXXXXX (الإسم) XXXXXX (النسبة) | XXXXXX (الإسم) XXXXXX (النسبة) | XXXXXX (الإسم) XXXXXX (النسبة) | إذا كان هناك تأمين عائلي قائم أخيراً فيجب إدراج إسم ونسبة الشخص الذي نتج التأمين الصحي العائلي من عضويته. |
| XXX | XXX | XXX | XXX | التأمين الصحي القائم لحد الآن يبقى مستمرا لدى: (إسم ومقر مؤسسة التأمين الصحي) |

المعلومات الأخرى حول أعضاء العائلة

| الطفل | الطفل | الطفل | الزوج / الزوجة | |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> نعم | تتم مزاولة مهنة حرة |
| XXX يورو | XXX يورو | XXX يورو | XXX يورو | الربح من المهنة الحرة (شهريا) (رجاء إرفاق إخطار ضريبة الدخل الحالي) |
| XXX يورو | XXX يورو | XXX يورو | XXX يورو | الدخل الخام (بروتو) من العمل الضئيل الأجر (شهريا) |
| XXX يورو | XXX يورو | XXX يورو | XXX يورو | المعاش التقاعدي القانوني، المعاش التقاعدي الأجنبي، المنافع التقاعدية، المعاشات المؤسساتية، المعاشات الأخرى (المبلغ المدفوع شهريا) |
| XXX يورو XXXXXX (نوع المداخيل) | XXX يورو XXXXXX (نوع المداخيل) | XXX يورو XXXXXX (نوع المداخيل) | XXX يورو XXXXXX (نوع المداخيل) | الدخل الشهري العادي الآخر وفقاً لقانون ضريبة الدخل (على سبيل المثال، الأجرة الإجمالية للعمل الغير ضئيل، الدخل من التأجير والإيجار، الدخل من رأس المال)، دخل آخر (على سبيل المثال، تعويض عن فقدان الوظيفة) |
| من XXXXX إلى XXXXX | من XXXXX إلى XXXXX | من XXXXX إلى XXXXX | XXX | الدوام المدرسي / الجامعي (بالنسبة للأطفال أكثر من 23 سنة رجاء إرفاق شهادة مدرسية أو جامعية) |
| XXXXXX | XXXXXX | XXXXXX | XXXXXX | إسم ومدينة المدرسة / الجامعة |

| | | | | |
|---|------------|-----------|-----------|-----------|
| الخدمة العسكرية أو الخدمة الطوعية القانونية (رجاء إرفاق شهادة إن لم يتم ذلك بعد) | <u>XXX</u> | من إلى | من إلى | من إلى |
|---|------------|-----------|-----------|-----------|

| البيانات الأخرى لأفراد العائلة | | | | |
|---------------------------------|---------------|----------|----------|----------|
| | الزوج/ الزوجة | الطفل | الطفل | الطفل |
| تأمين التقاعد الخاص بالعضو (رقم | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX |
| الإسم بالميلاد | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX |
| مكان الميلاد (بيان ضروري) | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX |
| دولة الميلاد (بيان ضروري) | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX |
| الجنسية | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX | XXXXXXXX |

أؤكد صحة المعلومات المذكورة. سأقوم بإبلاغكم فوراً بأي تغييرات. وهذا ينطبق بشكل خاص عند تغير دخل أفراد العائلة المذكورين أعلاه (على سبيل المثال، قرار جديد بضريبة الدخل في حالة العمل الحر) أو عند انضمامهم إلى جهة (أخرى) للتأمين الصحي.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

المدينة، التاريخ

توقيع العضو

توقيع فرد العائلة إن اقتضى الأمر

أؤكد من خلال التوقيع أنني توصلت من عضو
العائلة
على الإدلاء بالبيانات

الضرورية.

فيما يتعلق بأفراد العائلة
الذين يعيشون
منفصلين فيكفي توقيع
عضو
العائلة.

تُجمع وتُعالج البيانات لتنفيذ مهامنا وفقاً للمادة 284 الفقرة 1 الجملة 1 رقم 1 من قانون الضمان الصحي الخامس (SGB V) لغرض فحص التأمين الصحي العائلي وفقاً للمادة 10 من قانون الضمان الصحي الخامس (SGB V) والمادة 25 من قانون الرعاية الاجتماعية الحادية عشرة (SGB XI) مساهمتك ضرورية وفقاً للمادة 60 من قانون الضمان الاجتماعي الأول (SGB I) والمادة 99 من قانون الضمان الاجتماعي العاشر (SGB X). قد يؤدي عدم المساهمة إلى تعرضك لسلبيات في إنجار التأمين الصحي العائلي. قد يكون المستلمون النهائيون لبياناتك أطراف ثالثة أو مقدمو خدمات مكلفين من قبلنا، وفقاً 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 أعلاه أو مسؤول حماية البيانات لدينا.