



Получихте ли от нас въпросник за включване в семейното осигуряване?

На следващите страници ще Ви помогнем с **превод**. Моля, отговорете на въпросите в **немския** формуляр, който сте получили по пощата, и ни го изпратете обратно подписан. Това е **важно** за осигурителното покритие на членовете на Вашето семейство. Много благодарим.

Допълнителна информация:

АОК Niedersachsen е здравната каса за цялото семейство. Предимството: Ние осигуряваме безплатно членове на семейството при определени условия. Законът ни задължава да искаме периодично от осигурените при нас лица актуална информация за членовете на семействата им. Вашите данни са ни необходими и тогава, когато в семейството Ви не се е променило нищо или не желаете да осигурявате членове заедно с Вас.

Наш знак:

Въпросник за включване в семейното осигуряване

Необходими са данни след ...

Общи данни на члена

- Досега
- ☐ бях осигурен/а като самостоятелен член
- ☐ бях осигурен/а чрез семейна осигуровка > в XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX име и седалище на здравната каса
- ☐ нямах задължителна здравна осигуровка
- Семейно положение:
- ☐ неженен/неомъжена ☐ женен/омъжена от XXXXXXXXX (тогава попълнете графата „Брачен партньор“)
- ☐ разделен/а ☐ разведен/а от XXXXXXXXX ☐ вдовец/ица
- ☐ регистрирано житейско партньорство по Закона за житейското партньорство (LPartG) на ФРГ от XXXXXXXXX (тогава попълнете графата „Брачен партньор“)
- Започване на семейното осигуряване XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, поради:
- ☐ начало на моето членство ☐ раждане на детето ☐ сключване на брак
- ☐ приключване на предишното собствено членство на семейния член ☐ друго: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- При въпроси може да се свържете с мен през деня на телефон XXXXXXXXXXXXX (доброволна информация).
- Моят e-mail адрес е XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (доброволна информация).

Данни за членове на семейството

Следващата информация по принцип е нужна само за такива членове, които трябва да бъдат семейно осигурени при нас. В отделни случаи се нуждаем и от някои данни за Вашия брачен/житейски партньор, когато при нас трябва да бъдат семейно осигурени само децата Ви, а Вашият брачен/житейски партньор е роднина с тези деца. Тогава освен общите данни ни е нужна информацията за осигуряването на брачния/житейския партньор, а ако същият няма задължителна здравна осигуровка – допълнителни данни за неговия доход; тук доходите задължително се удостоверяват с документи, като не се вземат предвид надбавки, изплащани с оглед на семейното положение.

Моля, обърнете внимание, че едновременно семейно осигуряване в различни здравни каси е правно недопустимо. Затова с посочената от Вас информация се уверете, че е изключено двойното семейно осигуряване.

Общи данни за членове на семейството				
	Брачен партньор	Дете	Дете	Дете
Здравноосигурителен номер	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Фамилия*	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
* При липсващо съпадение на имената между членуващия и члена на семейството, гражданското състояние се доказва еднократно със съответните документи (напр. свидетелство за брак или регистрирано житейско партньорство, акт за раждане), или – ако същите не могат да бъдат представени – със съответни други документи (напр. известие за детски надбавки).				
Име	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Пол (м = мъжки, ж = женски, н = неопределен, р = различен)	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Дата на раждане	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
евентуално адрес, различен от този на члена	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Роднинска връзка на члена с детето (* Обозначението „родно дете“ да се използва и при осиновяване.)	XXX	Родно дете* Доведено дете Внуче Приемно дете	Родно дете* Доведено дете Внуче Приемно дете	Родно дете* Доведено дете Внуче Приемно дете
Брачният партньор роднина ли е с детето? (Моля, отбележете с кръстче само ако няма роднинска връзка)	XXX	<input type="checkbox"/> (не)	<input type="checkbox"/> (не)	<input type="checkbox"/> (не)

Данни за настоящото или последното досегашно осигуряване на членове на семейството				
	Брачен партньор	Дете	Дете	Дете
Досегашното осигуряване ○ приключи на: ○ беше в: (име и седалище на здравната каса)	XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXXXX	XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX	XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX	XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX
Вид на досегашното осигуряване:	<input type="checkbox"/> членство <input type="checkbox"/> семейно осигуряване <input type="checkbox"/> не задължително	<input type="checkbox"/> членство <input type="checkbox"/> семейно осигуряване <input type="checkbox"/> не задължително	<input type="checkbox"/> членство <input type="checkbox"/> семейно осигуряване <input type="checkbox"/> не задължително	<input type="checkbox"/> членство <input type="checkbox"/> семейно осигуряване <input type="checkbox"/> не задължително
Ако последното осигуряване е било семейно, посочете име и фамилия на осигурявания член	XXXXXXX (име) XXXXXXX (фамилия)	XXXXXXX (име) XXXXXXX (фамилия)	XXXXXXX (име) XXXXXXX (фамилия)	XXXXXXX (име) XXXXXXX (фамилия)
Досегашното осигуряване продължава да съществува в: (име и седалище на здравната каса/здравното осигуряване)	XXX	XXX	XXX	XXX

Други данни за членове на семейството				
	Брачен партньор	Дете	Дете	Дете
Упражнява самостоятелна дейност	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да
Печалба от самостоятелна дейност (месечно) (Моля, приложете копие от актуалното известие за дължим ДОД)	XXXXX евро	XXXXX евро	XXXXX евро	XXXXX евро
Брутно трудово възнаграждение от минимална заетост (месечно)	XXXXX евро	XXXXX евро	XXXXX евро	XXXXX евро
Държавна пенсия, чуждестранна пенсия, доходи от взаимоспомагателен фонд, пенсия от предприятие, други пенсии (месечна сума)	XXXXX евро	XXXXX евро	XXXXX евро	XXXXX евро
Други редовни месечни доходи по смисъла на законодателството за подоходно облагане (напр. брутно трудово възнаграждение от надвишаване на минималната заетост, доходи от отдаване под наем и аренда, доходи от капитали), други доходи (напр. обезщетение за загуба на работното място)	XXXXX евро XXXXXXXXX (вид на доходите)	XXXXX евро XXXXXXXXX (вид на доходите)	XXXXX евро XXXXXXXXX (вид на доходите)	XXXXX евро XXXXXXXXX (вид на доходите)
Посещаване на училище/университет (При деца над 23 години, моля приложете документ от училище или университет)	XXX	от XXXXX до XXXXX	от XXXXX до XXXXX	от XXXXX до XXXXX
Име и място на училището/университета	XXXXXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXXXXXX
Военна или задължителна доброволческа служба (Моля, приложете удостоверение, ако вече не е направено)	XXX	от XXXXX до XXXXX	от XXXXX до XXXXX	от XXXXX до XXXXX

Допълнителни данни за членове на семейството				
	Брачен партньор	Дете	Дете	Дете
Собствен пенсионноосигурителен номер	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Рождено фамилно име	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Място на раждане – задълж. информация	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Страна на раждане – задълж. информация	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Гражданство	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

Потвърждавам верността на данните. За промени ще Ви информирам незабавно. Това важи особено, ако доходът на горепосочените членове на моето семейство се промени (напр. ново известие за дължим ДОД при самостоятелна дейност) или същите станат членове на (друга) здравна каса.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Място, дата

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Подпис на члена

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Подпис на членовете на семейството

С подписа си декларирам, че получих съгласието на членовете на семейството за предоставяне на необходимите данни.

При разделени членове на семейството е достатъчен подписът на единия член.

Данните се събират и обработват за изпълнението на нашите задачи по § 284 ал. 1 изр. 1 т. 1 от том V на Социалния кодекс на ФРГ с цел проверка на осигурителните отношения по § 10 т. V СК и § 25 т. XI СК. Вашето съдействие е необходимо съгласно § 60 т. I СК и 99 т. X СК. Липсата на съдействие може да доведе до ограничения в семейното осигуряване. Получатели на Вашите данни могат да бъдат трети лица или оправомощени от нас доставчици на услуги в рамките на законови задължения и права за уведомяване. Обща информация за обработката на данни и Вашите права ще откриете на www.aok.de/nds/datenschutzrechte. Ако имате въпроси, обърнете се към упоменатото лице за контакт или нашия пълномощник по защита на данните.