



## Ați primit de la noi un chestionar pentru preluarea în cadrul unei asigurări familiale?

Pe paginile următoare veți găsi un ajutor pentru **traducere**. Vă rugăm să răspundeți la întrebările din formularul în **limba germană** pe care l-ați primit prin poștă și să îl returnați semnat. Acest lucru este **important** pentru protecția membrilor familiei dumneavoastră prin asigurare. Vă mulțumim.

### **Despre context:**

AOK Niedersachsen este casa de asigurări de sănătate pentru întreaga familie. Cel mai bun lucru este: în anumite condiții asigurăm și membrii familiei în mod gratuit. Suntem obligați legal să cerem în mod regulat asiguraților noștri informații actualizate despre membrii familiei. Avem nevoie de informațiile dumneavoastră chiar dacă nu s-a schimbat nimic în familia dumneavoastră sau dacă nu doriți să asigurați niciun aparținător.

Semnul nostru:

## Chestionar privind înregistrarea în cadrul asigurării familiale

Informațiile sunt necesare din data de ...

### Informații generale ale membrului

- ▶ Până acum am fost asigurat
- în cadrul calității proprii de membru
- în cadrul unei asigurări familiale
- nu am avut asigurare de sănătate legală
- ▶ Starea civilă:
- necăsătorit  căsătorit din data de XXXXXXXX (în acest caz trebuie să completați rubrica „soț“)
- separat  divorțat XXXXXXXX  văduv
- Parteneriat înregistrat conform legii parteneriatelor LpartG de la XXXXXXXX  
(în acest caz trebuie să completați rubrica „soț“)
- ▶ Începutul asigurării familiale XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, datorită:
- începutul calității de membru  nașterea unui copil  căsătorie
- încetarea calității proprii de membru sau a unui aparținător  altele: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- ▶ În caz de întrebări mă puteți contact la nr. de telefon XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (informație opțională).
- ▶ Adresa mea de e-mail este XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (informație opțională).

### Informații generale despre membrii familiei

Următoarele date sunt, în general, necesare numai pentru acei aparținători care urmează să fie integrați la noi în cadrul asigurării familiale. În afară de aceasta, avem nevoie și de informații individuale despre soțul/partenerul dumneavoastră dacă vrem să facem doar asigurare de familie pentru copiii dumneavoastră, iar soțul/partenerul dumneavoastră este rudă cu acești copii. În acest caz, pe lângă informațiile generale, sunt necesare informații despre asigurarea soțului/partenerului de viață și - dacă acesta nu este asigurat legal, atunci sunt necesare informații suplimentare cu privire la veniturile acestuia; În acest caz, venitul trebuie documentat cu o adeverință de venit, iar sporurile care se plătesc cu luarea în considerare a stării civile nu vor fi luate în considerare la informațiile privind veniturile.

**Vă rugăm să rețineți că nu este permis legal să încheiați o asigurare familială la diferite case de asigurări de sănătate în același timp. Prin urmare, vă rugăm să vă asigurați că asigurarea familială dublă este exclusă.**

Informații generale despre membrii familiei				
	soț	copil	copil	copil
Numărul asigurării medicale	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Nume*	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
* În cazul în care membrul și membrul de familie nu au același nume, starea civilă trebuie dovedită o singură dată prin documente adecvate (de exemplu, certificat de căsătorie, certificat de parteneriat înregistrat, certificat de naștere) sau - dacă nu este posibilă prezentarea acestora - prin alte documente adecvate (de exemplu, notificarea alocăției pentru copii).				
Prenume	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Sex (m = masculin, w = feminin, x = necunoscut, d = divers)	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Data nașterii	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
După caz adresa diferită față de membru	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Grad de rudenie față de copil (* Termenul "copil biologic" trebuie folosit și în caz de adopție.)	XXX	Copil biologic* Copil vitreg Nepot Copil în îngrijire	Copil biologic* Copil vitreg Nepot Copil în îngrijire	Copil biologic* Copil vitreg Nepot Copil în îngrijire
Soțul este rudă cu copilul? (Vă rugăm să bifați doar dacă nu există un grad de rudenie)	XXX	<input type="checkbox"/> (nu)	<input type="checkbox"/> (nu)	<input type="checkbox"/> (nu)

Informații privind ultima asigurare de până acum sau a asigurării nereziliate a membrului familiei				
	soț	copil	copil	copil
Asigurarea de până acum o S-a încheiat în data de: o Încheiată la: (numele și sediul asigurării de sănătate)	XXXXXX XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXX XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXX XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXX XXXXXX XXXXXXXX
Tipul asigurării de până acum:	<input type="checkbox"/> membru <input type="checkbox"/> asigurare familială <input type="checkbox"/> nu este asigurat legal	<input type="checkbox"/> membru <input type="checkbox"/> asigurare familială <input type="checkbox"/> nu este asigurat legal	<input type="checkbox"/> membru <input type="checkbox"/> asigurare familială <input type="checkbox"/> nu este asigurat legal	<input type="checkbox"/> membru <input type="checkbox"/> asigurare familială <input type="checkbox"/> nu este asigurat legal
Dacă a existat o asigurare familială, numele și prenumele persoanei din a cărei calitate de membru a fost derivată asigurarea familială	XXXXXXXX (prenume) XXXXXXXX (nume)	XXXXXXXX (prenume) XXXXXXXX (nume)	XXXXXXXX (prenume) XXXXXXXX (nume)	XXXXXXXX (prenume) XXXXXXXX (nume)
Asigurarea anterioară rămâne în vigoare: (Numele și sediul casei de sănătate asigurării de sănătate)	XXX	XXX	XXX	XXX

Alte informații despre membrii familiei				
	soț	copil	copil	copil
Activitatea independentă	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> da
Profit din activități independente (lunar) <b>(Vă rugăm să atașați o copie a deciziei actuale de impunere)</b>	...XXXX...EUR	...XXXX...EUR	...XXXX...EUR	...XXXX...EUR
Venit brut din mini-job (lunar)	...XXXX...EUR	...XXXX...EUR	...XXXX...EUR	...XXXX...EUR
Pensie legală, pensie din străinătate, plăți de întreținere, pensie de companie, alte pensii (suma lunară)	...XXXX...EUR	...XXXX...EUR	...XXXX...EUR	...XXXX...EUR
Alte venituri lunare regulate în sensul legii impozitului pe venit (de ex. salariile brute din locuri de muncă de tip mai mult decât mini-job, venituri din <b>chirii și arendă</b> , venituri din <b>active de capital</b> ), alte venituri (de exemplu, <b>compensații</b> pentru pierderea unui loc de muncă)	...XXXX...EUR XXXXXXXX (tipul veniturilor)	...XXXX...EUR XXXXXXXX (tipul veniturilor)	...XXXX...EUR XXXXXXXX (tipul veniturilor)	...XXXX...EUR XXXXXXXX (tipul veniturilor)
Școală/facultate (Vă rugăm să anexați adevărnița școlară sau de studii pentru copiii cu vârsta peste 23 de ani)	XXX	de la XXXXX până la XXXX	de la XXXXX până la XXXX	de la XXXXX până la XXXX
Numele și localitatea școlii/facultății	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX
Serviciu militar sau voluntariat <b>(vă rugăm să anexați certificatul dacă nu s-a anexat încă)</b>	XXX	de la XXXXX până la XXXX	de la XXXXX până la XXXX	de la XXXXX până la XXXX

Informații suplimentare despre membrii familiei				
	soț	copil	copil	copil
Număr propriu de asigurare de pensie (nr. RV)	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Numele de naștere	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Locul nașterii – <b>informație obligatorie</b>	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Țara nașterii – <b>informație obligatorie</b>	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Cetățenie	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

Confirm exactitatea informațiilor. Vă voi informa imediat despre eventuale modificări. Acest lucru se aplică în special dacă se modifică venitul meu sau cel al membrilor familiei (de exemplu, o nouă decizie privind impozitul pe venit pentru munca independentă) sau deveniți membru al (altei) companii de asigurări de sănătate.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Localitatea, data

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Semnătura membrului

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

După caz semnătura membrului familiei

Prin semnătura mea declar acordul membrilor familiei de a furniza datele solicitate.

Pentru membrii familiei care locuiesc separat semnătura membrului familiei este suficientă.

Datele sunt colectate și prelucrate pentru a ne îndeplini sarcinile în conformitate cu articolul 284 (1) teza 1 nr. 1 SGB V în scopul examinării asigurărilor familiale în conformitate cu articolul 10 SGB V și § 25 SGB XI. Colaborarea dumneavoastră este necesară conform § 60 SGB I și 99 SGB X. Lipsa colaborării poate duce la dezavantaje la implementarea asigurărilor familiale. Destinatarilor datelor dumneavoastră pot fi terți sau furnizori însărcinați de noi în cadrul obligațiilor legale și al drepturilor de notificare. Informații generale despre prelucrarea datelor și drepturile dumneavoastră pot fi găsite pe pagina de internet [www.aok.de/nds/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nds/datenschutzrechte). Dacă aveți întrebări, vă rugăm să luați legătura cu persoana de contact numită mai sus sau cu responsabilul nostru cu protecția datelor.