



## **Вы получили от нас запрос для включения Вас в программу семейного страхования?**

На следующих страницах Вы найдете перевод запроса. С его помощью, пожалуйста, ответьте на вопросы в формуляре на немецком языке, который Вы получили по почте, и верните его нам с Вашей подписью. Это важно для страховой защиты членов Вашей семьи. Спасибо.

### **Общие сведения:**

АОК Нижней Саксонии - это фонд медицинского страхования всей семьи. Особая выгода для Вас: при определенных условиях мы бесплатно страхуем членов семьи. По закону мы обязаны регулярно запрашивать у наших застрахованных актуальную информацию о членах их семей. Нам нужна Ваша информация, даже если в Вашей семье ничего не изменилось или Вы не хотите застраховать никого из членов семьи.

## Анкета для включения в семейное страхование

Данные необходимы, начиная с ...

### Общие данные о члене семьи

- ▶ До сих пор я был(-а) застрахован(-а)
  - в рамках личного страхования
  - в рамках семейного страхования
  - не застрахован (-а)
- > в XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Название и расположение фонда мед. страхования (ФМС)
- ▶ Семейное положение:
  - холост       женат/замужем с (дата) XXXXXXXX (заполнить рубрику супруг/супруга)
  - живу отдельно       разведен(-а) с (дата) XXXXXXXX       вдовец/вдова
  - Зарегистр. супружество согл. Закону о гражданском партнерстве – LPartG с XXXXXXXX  
(заполнить рубрику супруг/супруга)
- ▶ Начало семейного страхования XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, в связи с:
  - началом личного страхования       рождением ребенка       женитьбой/замужеством
  - окончанием прежнего личного страхования членов семьи       прочее: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- ▶ В течение дня я доступен(-на) по телефону XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (указывается по желанию).
- ▶ Мой электронный адрес XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (указывается по желанию).

### Данные о членах семьи

Приведенные ниже данные обычно требуются только для тех Ваших родственников, которые должны быть застрахованы у нас как члены семьи. Кроме того, нам нужны также индивидуальные данные о Вашем(-й) супруге/партнере, если мы должны обеспечить семейное страхование только для Ваших детей, а Ваш(-а) супруг(-а) /партнер является родственником этих детей. В этом случае, помимо общей информации, требуется также информация о страховании супруга(-и)/партнера и - если супруг(-а)/партнер не застрахован(-а) в рамках обязательного страхования - информация о его/ее доходах; в этом случае обязательно предоставление справки о доходах и исключение из информации о доходах доплат, выплачиваемых в зависимости от семейного положения.

**Обратите внимание, что по закону не допускается иметь семейное страхование в разных отделениях ФМС. Поэтому убедитесь в том, что двойное семейное страхование исключено.**

Общие данные о членах семьи				
	Супруг/ супруга	Ребенок	Ребенок	Ребенок
Номер медицинского страхования	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Фамилия*	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
* Если член и член семьи не имеют одинаковой фамилии, гражданский статус должен быть подтвержден однократно соответствующими документами (например, свидетельством о браке, свидетельством о гражданском партнерстве, свидетельством о рождении) или - если их невозможно представить - другими подходящими документами (например, уведомлением о выплате пособия на ребенка).				
Имя	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Пол (* "m" = мужской, "w" = женский, "x" = неопределенный, "d" = разный)	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Дата рождения	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Адрес, отличный от указанного застрахованным лицом, если применимо	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Отношения члена семьи с ребенком (* Термин "родной ребенок" также должен использоваться в случае усыновления/удочерения).	<u>XXX</u>	родной ребенок* пасынок внук приемный ребенок	родной ребенок* пасынок внук приемный ребенок	родной ребенок* пасынок внук приемный ребенок
Имеет ли супруг(-а) родственные отношения с ребенком (Пожалуйста, отметьте, если нет родства)	<u>XXX</u>	<input type="checkbox"/> (нет)	<input type="checkbox"/> (нет)	<input type="checkbox"/> (нет)

Данные о прежних или действующих страховках членов семьи				
	Супруг/ супруга	Ребенок	Ребенок	Ребенок
Прежнее страхование o дата окончания: o в (название и месторасположение отделения ФМС)	XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXXXXX	XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX	XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXXXXX	XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXXXXX
Вид прежнего страхования:	<input type="checkbox"/> личная страх. <input type="checkbox"/> семейное страхование <input type="checkbox"/> негосударст. страховка	<input type="checkbox"/> личная страх. <input type="checkbox"/> семейное страхование <input type="checkbox"/> негосударст. страховка	<input type="checkbox"/> личная страх. <input type="checkbox"/> семейное страхование <input type="checkbox"/> негосударст. страховка	<input type="checkbox"/> личная страх. <input type="checkbox"/> семейное страхование <input type="checkbox"/> негосударст. страховка
Если в последний раз действовало семейное страхование, имя и фамилия лица, оформившего семейное страхование	XXXXXXXXX (Имя) XXXXXXXXX (Фамилия)	XXXXXXX (Имя) XXXXXXX (Фамилия)	XXXXXXXXX (Имя) XXXXXXXXX (Фамилия)	XXXXXXXXX (Имя) XXXXXXXXX (Фамилия)
Предыдущее страхование продолжает действовать: (название и юридический адрес /медицинского страхования).	XXX	XXX	XXX	XXX

Прочие данные о членах семьи				
	Супруг/супруга	Ребенок	Ребенок	Ребенок
Индивидуальная трудовая деятельность	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да
Прибыль от индивидуальной трудовой деятельности (ежемесячно). (Пожалуйста, приложите копию актуального уведомления о начислении подоходного налога)	XXXXXX .EUR	XXXXX .EUR	XXXXX .EUR	XXXXX .EUR
Валовой доход от индивидуальной трудовой деятельности (ежемесячно)	XXXXXX .EUR	XXXXXX .EUR	XXXXXX .EUR	XXXXXX .EUR
Государственная пенсия, иностранная пенсия, пособия, пенсия компании, другие пенсии (сумма ежемесячных выплат)	XXXXXX .EUR	XXXXX .EUR	XXXXXX .EUR	XXXXXX .EUR
Другой регулярный ежемесячный доход, определенный законодательством о подоходном налоге (напр. валовая зарплата от иного вида деятельности, доход от аренды и лизинга, доход от капитала), другие доходы (например, выходное пособие при потере работы)	XXXXXX .EUR XXXXXXXXX (вид дохода)	XXXXX .EUR XXXXXXXXX (вид дохода)	XXXXXX .EUR XXXXXXXXX (вид дохода)	XXXXXX .EUR XXXXXXXXX (вид дохода)
Учеба в школа/вузе (Пожалуйста, приложите справку о посещении школы или иного учебного заведения для детей старше 23 лет)	XXX	с XXXXX по XXXXX	с XXXXX по XXXXX	с XXXXX по XXXXX
Название и месторасположение школы/вуза	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Военная служба или обязательная добровольная служба (если это еще не сделано, приложите справку)	XXX	с XXXXX по XXXXX	с XXXXX по XXXXX	с XXXXX по XXXXX

Дополнительные данные о членах семьи				
	Супруг/супруга	Ребенок	Ребенок	Ребенок
Номер личного пенсионного страхования	XXXXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Фамилия при рождении	XXXXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Место рождения - <b>обязательно</b>	XXXXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Страна рождения - <b>обязательно</b>	XXXXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Гражданство	XXXXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

Я подтверждаю, что предоставленная выше информация верна. Я немедленно сообщу вам о любых изменениях. Это касается, в частности, изменения доходов моих вышеуказанных родственников (например, при получении нового уведомления о начислении подоходного налога в случае индивидуальной трудовой деятельности) или если они станут членами (другого) фонда медицинского страхования.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX      XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX      XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Место, дата      Подпись застрахованного лица      Подписи членов семьи (при необходимости)

Подписывая данную анкету, я заявляю, что получил согласие членов моей семьи на предоставление требуемых данных.

В случае раздельного проживания членов семьи достаточно подписи члена семьи.

Данные будут обрабатываться для выполнения наших задач в соответствии с § 284 абз. 1 предл. 1 № 1 SGB V с целью проведения экспертизы семейного страхования в соответствии с § 10 SGB V и § 25 SGB XI. Ваше сотрудничество необходимо в соответствии с § 60 SGB I и 99 SGB X. Отказ от сотрудничества может привести к недостаткам в осуществлении семейного страхования. Получателями Ваших данных могут быть третьи лица или уполномоченные нами поставщики услуг в рамках правовых обязательств и полномочий по уведомлению. Общую информацию об обработке данных и Ваших правах Вы можете найти на сайте [www.aok.de/nds/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nds/datenschutzrechte). Если у Вас возникли вопросы, пожалуйста, свяжитесь с указанным выше контактным лицом или с нашим сотрудником по защите данных.