



Ви отримали від нас анкету для вступу до сімейного страхування?

На наступних сторінках Ви знайдете допомогу з перекладом. Будь ласка, дайте відповіді на запитання в німецькомовній анкеті, яку Ви отримали поштою, підпишіть її та надішліть нам назад. Це важливо для страхового захисту членів Вашої сім'ї. Дякуємо.

Загальна інформація:

AOK Niedersachsen — це лікарняна каса для всієї сім'ї. Перевага: ми також безкоштовно страхуємо членів сім'ї за певних умов. Відповідно до законодавства ми зобов'язані регулярно запитувати у наших застрахованих осіб актуальну інформацію про членів їхніх сімей. Нам також потрібні Ваші дані, навіть якщо у Вашій сім'ї нічого не змінилося або якщо Ви не хочете страхувати когось із членів сім'ї.

Анкета для вступу до сімейного страхування

Інформація необхідна від ...

Загальні дані про члена

- ▶ Я був(ла) до цього
 - у рамках власного членства
 - у рамках сімейного страхування
 - не застрахований(а) у рамках обов'язкового медичного страхування
- ▶ Сімейний стан:
 - неодружений(а) одружений(а) з XXXXXXXXXX (у цьому випадку необхідно надати дані у рубриці «чоловік/дружина»)
 - окреме проживання розлучений(а) з XXXXXXXXXX вдівець/вдова
 - Зареєстроване цивільне партнерство відповідно до Закону про цивільне партнерство з XXXXXXXXXX
(У цьому випадку необхідно надати дані у рубриці «чоловік/дружина»)
- ▶ Привід для вступу до сімейного страхування: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 - Початок мого членства Народження дитини Шлюб
 - Завершення попереднього власного членства родича Інше: XXXXXXXXXXXXXXXXXX
- ▶ У разі питань зі мною можна зв'язатися протягом дня за телефоном XXXXXXXXXXXXXXXXXX (добровільна інформація).
- ▶ Моя електронна адреса XX (добровільна інформація).

Дані про членів сім'ї

Наступні дані зазвичай потрібні тільки тим родичам, які повинні бути застраховані у нас як члени сім'ї. Крім цього, нам також потрібні окремі дані про дружину/чоловіка / партнерку/партнера, якщо у нас має здійснюватись сімейне страхування виключно для Ваших дітей, а Ваша дружина/чоловік / партнерка/партнер має родинні стосунки з цими дітьми. При цьому, крім загальних даних інформації про страхування дружини/чоловіка / партнерки/партнера і, якщо вони не мають обов'язкового медичного страхування, потрібна додаткова інформація про їх доходи; у цьому випадку дохід повинен бути підтверджений довідками про доходи, а надбавки, сплачені з урахуванням сімейного стану, не повинні бути враховані в інформації про доходи

Будь ласка, зверніть увагу, що одночасне здійснення сімейного страхування в різних лікарняних касах є юридично неприйнятним.

Тому, будь ласка, переконайтеся, що Ваші дані підтверджують, що подвійне сімейне страхування виключене.

Загальні дані про членів сім'ї				
	Чоловік/дружина	Дитина	Дитина	Дитина
Номер медичного страхування	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Прізвище*	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
*Якщо в учасника та члена сім'ї різні прізвища, відносини цивільного стану мають бути одноразово підтвержені відповідними документами (наприклад, свідоцтво про шлюб, свідоцтво про цивільне партнерство, свідоцтво про народження) або, якщо їх пред'явлення неможливе, іншими відповідними документами (наприклад, повідомлення про допомогу на дитину)				
Ім'я	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Стать (m = чоловік, w = жінка, x = невизначено, d = різна)	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Дата народження	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
якщо адреса інша ніж у члена	XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Родинні стосунки члена до дитини (*Позначення «рідна дитина» має бути застосоване також і при усиновленні.)	<u>XXX</u>	Рідна дитина* Пасерб/пасербиця Внук Приймна дитина	Рідна дитина* Пасерб/пасербиця Внук Приймна дитина	Рідна дитина* Пасерб/пасербиця Внук Приймна дитина
Чи перебуває чоловік/дружина в родинних стосунках з дитиною? (Будь ласка, поставте галочку лише у випадку відсутності родинних стосунків)	<u>XXX</u>	<input type="checkbox"/> (ні)	<input type="checkbox"/> (ні)	<input type="checkbox"/> (ні)

Дані про останнє попереднє або поточне страхування членів сім'ї				
	Чоловік/дружина	Дитина	Дитина	Дитина
Попереднє страхування ○ закінчилось: ○ було у: (назва та місцезнаходження лікарняної каси)	XXXXXX XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXX XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXX XXXXXX XXXXXXX	XXXXXX XXXXXX XXXXXXXX
Вид попереднього страхування:	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> не обов'язкове	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> не обов'язкове	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> не обов'язкове	<input type="checkbox"/> Членство <input type="checkbox"/> Сімейне страхування <input type="checkbox"/> не обов'язкове
Якщо в останній раз було сімейне страхування, ім'я та прізвище особи, на основі членства якої було оформлено сімейне страхування.	XXXXXX (Ім'я) XXXXXX (Прізвище)	XXXXXX (Ім'я) XXXXXX (Прізвище)	XXXXXX (Ім'я) XXXXXX (Прізвище)	XXXXXX (Ім'я) XXXXXX (Прізвище)
Попереднє страхування продовжує існувати у: (назва та місцезнаходження лікарняної каси/компанії медичного страхування)	XXX	XXX	XXX	XXX

Інші дані про членів сім'ї				
	Чоловік/дружина	Дитина	Дитина	Дитина
Існує самозайнятість	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Так
Прибуток від самозайнятості (щомісячно) (Будь ласка, додайте копію поточного повідомлення про встановлення прибуткового податку)	XXXXXX євро	XXXXXX євро	XXXXXX євро	XXXXXX євро
Заробітна плата бруто від роботи з мінімальною зайнятістю (щомісячно)	XXXXXX євро	XXXXXX євро	XXXXXX євро	XXXXXX євро
Пенсія по закону, іноземна пенсія, пенсійні виплати, пенсія компаній, інші пенсії (щомісячний розмір виплати)	XXXXXX євро	XXXXXX євро	XXXXXX євро	XXXXXX євро
Інші регулярні щомісячні доходи у розумінні закону про податок на прибуток (наприклад, сума заробітної плати бруто вища від роботи з мінімальною зайнятістю, дохід від оренди та лізингу, дохід від капітальних активів), інші доходи (наприклад, вихідна допомога за втрату роботи)	XXXXXX євро XXXXXXXX (Вид доходів)	XXXXXX євро XXXXXXXX (Вид доходів)	XXXXXX євро XXXXXXXX (Вид доходів)	XXXXXX євро XXXXXXXX (Вид доходів)
Навчання у школі/ВНЗ (Будь ласка, додайте для дітей старших 23 років довідку зі школи/ВНЗ про підтвердження навчання)	XXX	з XXXXX по XXXXX	з XXXXX по XXXXX	з XXXXX по XXXXX
Назва та місцезнаходження школи/ВНЗ	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX
Військова служба або передбачена законом добровільна служба (будь ласка, додайте довідку, якщо ще не додали)	XXX	з XXXXX по XXXXX	з XXXXX по XXXXX	з XXXXX по XXXXX

Додаткові дані про членів сім'ї				
	Чоловік/дружина	Дитина	Дитина	Дитина
Власний номер пенсійного страхування (RV-Nr.)	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Прізвище при народженні	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Місце народження – заповнюється обов'язково	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Країна народження – заповнюється обов'язково	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Громадянство	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

Я підтверджую достовірність інформації. Я негайно повідомлю Вас про будь-які зміни. Це стосується, зокрема, якщо доходи моїх вищезазначених родичів змінюються (наприклад, нове повідомлення про встановлення прибуткового податку в разі самозайнятості) або якщо вони стають членами (іншої) лікарняної каси.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Місце, дата

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Підпис члена

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
У необхідних випадках підпис членів сім'ї

Своїм підписом я підтверджую, що отримав згоду членів сім'ї на надання необхідних даних.

Якщо члени сім'ї проживають окремо, достатньо підпису члена сім'ї.

Збір та обробка даних здійснюються з метою виконання наших завдань відповідно до № 1 речення 1 абз. 1 § 284 з метою перевірки сімейного страхування відповідно до § 10 Книги V Соціального кодексу та § 25 Книги XI Соціального кодексу. Ваша співпраця обов'язкова відповідно до § 60 Книги I Соціального кодексу та § 99 Книги X Соціального кодексу. Відсутність співпраці може призвести до несприятливих наслідків при здійсненні сімейного страхування. У рамках передбачених законом обов'язків і повноважень з інформування Ваші дані можуть бути передані третім особам або уповноваженим нами постачальникам послуг. Загальна інформація про обробку даних і Ваші права доступна на сайті aok.de/nds/datenschutzrechte. У разі виникнення запитань, будь ласка, зверніться до вказаної вище контактної особи або до нашого співробітника з питань захисту даних.