



## 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 проверка на семейното осигуряване (наличности)

Необходими са данни след ...

### 1. Общи данни на члена

► Моето семейно положение е:

женен/омъжена от          или  
в регистрирано житейско партньорство по Закона за  
житейското партньорство (LPartG) на ФРГ от

разделен/а

неженен/неомъжена  вдовец/ица  разведен/а от

Ако е приложимо, моля  
допълнете графата  
„Брачен партньор“ в т. 2.

► При въпроси може да се свържете с мен през деня на телефон **XXXXXXXXXXXXXXXX** (посочва се доброволно).

► Моят e-mail адрес е **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** (посочва се доброволно).

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

### 2. Общи данни за членове на семейството

	Брачен партньор	Дете	Дете	Дете
Здравноосигурителен номер	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX
Фамилия	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX
Име	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX
Дата на раждане	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX
евентуално адрес, различен от този на члена	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX
<b>а) Друга здравна каса?</b> Осигурен ли е / бил ли е осигурен някой от членовете на семейството Ви (брачен партньор/деца) в здравна каса, различна от АОК Niedersachsen?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да
<b>б) Налични доходи и постъпления?</b> Имат ли / имали ли са членовете на семейството Ви доходи/постъпления (напр. от работа, самостоятелна дейност, минимална заетост, работа като студенти, граждански доход, пенсии) или други редовни приходи като наем, аренда, доходи от инвестиции и др.?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да
<b>в) Отслужена ли е (доброволна) военна, цивилна, младежка респ. доброволческа федерална служба?</b> <i>Ако е така, приложете документ за прослужено време!</i>		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да
<b>г) Само за деца над 23 години:</b> Посещава ли Вашето дете училище/университет? <i>Ако е така, приложете документ от училището/университета!</i>		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да

! Ако не сте отговорили на нито един въпрос с „да“, моля само подпишете на гърба на страницата и изпратете обратно до нас с листа за връщане в предплатения пощенски плик (приложения)!

В противен случай, моля допълнете и гърба на страницата, като приложите нужните документи.

### 3. Допълнителни данни за периоди на осигуряване в друга здравна каса

Попълнете само, ако на въпрос 2 а) от предната страница сте отговорили с „да“ за поне един член на семейството!

	Бр. партньор	Дете	Дете	Дете
<b>Периоди на осигуряване в друга здравна каса:</b>	от <del>XXXXXX</del>	от <del>XXXXXX</del>	от <del>XXXXXX</del>	от <del>XXXXXX</del>
до <del>XXXXXX</del>	до <del>XXXXXX</del>	до <del>XXXXXX</del>	до <del>XXXXXX</del>	до <del>XXXXXX</del>
в <del>XXXXXX</del>	в <del>XXXXXX</del>	в <del>XXXXXX</del>	в <del>XXXXXX</del>	в <del>XXXXXX</del>
<del>XXXXXX</del>	<del>XXXXXX</del>	<del>XXXXXX</del>	<del>XXXXXX</del>	<del>XXXXXX</del>
(име и седалище на здр. каса)	(име и седалище на здр. каса)	(име и седалище на здр. каса)	(име и седалище на здр. каса)	(име и седалище на здр. каса)
<input type="checkbox"/> член	<input type="checkbox"/> член	<input type="checkbox"/> член	<input type="checkbox"/> член	<input type="checkbox"/> член
<input type="checkbox"/> семейно осигурен	<input type="checkbox"/> семейно осигурен	<input type="checkbox"/> семейно осигурен	<input type="checkbox"/> семейно осигурен	<input type="checkbox"/> семейно осигурен
<input type="checkbox"/> без задължит. осигуровка	<input type="checkbox"/> без задължит. осигуровка	<input type="checkbox"/> без задължит. осигуровка	<input type="checkbox"/> без задължит. осигуровка	<input type="checkbox"/> без задължит. осигуровка

(Моля, посочете също осигурителните периоди, които в разглежданото време са вече приключили.)

### 4. Допълнителни данни за доходите на членовете на семейството

Попълнете само, ако на въпрос 2 б) от предната страница сте отговорили с „да“ за поне един член на семейството!

Моля, посочете доходите на всички членове на семейството, които са семейно осигурени в AOK Niedersachsen. За брачни партньори без задължителна здравна осигуровка (частно осигуряване, допълнителна здравна грижа, помощи) е необходима информация за дохода с приложени документи.

	Бр. партньор	Дете	Дете	Дете
<b>Минимална заетост*:</b>	от <del>XXXX</del>	от <del>XXXX</del>	от <del>XXXX</del>	от <del>XXXX</del>
до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>
<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро
<b>Надвишаване на минималната заетост или студентска заетост*:</b>	от <del>XXXX</del>	от <del>XXXX</del>	от <del>XXXX</del>	от <del>XXXX</del>
до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>
<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро
<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>
<b>Други редовни месечни доходи по смисъла на законодателството за подоходно облагане:</b>	от <del>XXXX</del>	от <del>XXXX</del>	от <del>XXXX</del>	от <del>XXXX</del>
до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>
<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро
<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>
(вид на доходите)	(вид на доходите)	(вид на доходите)	(вид на доходите)	(вид на доходите)
<b>Самостоятелна дейност*:</b>	от <del>XXXX</del>	от <del>XXXX</del>	от <del>XXXX</del>	от <del>XXXX</del>
до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>
<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро
<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>
<b>Моля, приложете копие от актуалното известие за дължим ДОД!</b>	<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>
<b>Държавна пенсия, доходи от взаимоспомагателен фонд, пенсия от предприятие, чуждестранна пенсия, други пенсии (месечна сума)</b>	от <del>XXXX</del>	от <del>XXXX</del>	от <del>XXXX</del>	от <del>XXXX</del>
до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>
<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро	<del>XXXX</del> евро
<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>	<del>XXXX</del>
<b>При чуждестранни пенсии, моля, приложете документи!</b>	(вид на доходите)	(вид на доходите)	(вид на доходите)	(вид на доходите)
<b>Получаване на граждански доход</b>	от <del>XXXX</del>	от <del>XXXX</del>	от <del>XXXX</del>	от <del>XXXX</del>
до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>	до <del>XXXX</del>

\* Моля, посочете също трудова дейност, която в разглеждания период вече е приключила.

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.


X | X
X | X
2 0
X | X
X

Подпис на члена

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](http://www.aok.de/nds/datenschutzrechte). Ако имате въпроси, обърнете се към упоменатото лице за контакт или нашия пълномощник по защита на данните.