



## 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 verificarea asigurării familiale (Managementul membrilor activi)

Informațiile sunt necesare începând cu data de ....

### 1. Informații generale despre membru

► Starea mea civilă este:

Căsătorit de la      sau

un parteneriat înregistrat

conform legii parteneriatelor – LPartG de la

separat

necăsătorit

văduv

divorțat de la

Dacă este aplicabil vă rugăm să completați rubrica „soț” la punctul 2.

► În caz de întrebări mă puteți contact la nr. de telefon           (informație opțională).

► Adresa mea de e-mail este           (informație opțională).

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.

### 2. Informații generale despre membrii familiei

	soț	copil	copil	copil
Numărul asigurării de sănătate	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nume	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Prenume	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Data nașterii	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
După caz adresă alternativă față de membru	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a) Altă casă de sănătate? Unul dintre aparținătorii dvs. (soțul/soția/ copiii) sunt asigurați la o altă casă de asigurări de sănătate decât AOK Niedersachsen?	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> da
b) Există un venit sau mai multe venituri? Aparținătorii au sau au avut vreun venit/venituri (de exemplu dintr-un raport de muncă, activitate independentă, mini-job, practică, ajutor pentru cetățeni, pensii, alte venituri recurente, cum ar fi chirie, arendă, active de capital etc.)?	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> da
c) S-a efectuat vreun serviciu (voluntar) militar, civil, pentru tineret sau federal?		<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> da
! Dacă răspunsul este afirmativ, vă rugăm să anexați adeverința privind perioada acestui voluntariat!				
d) Doar pentru copiii peste 23 de ani: Copilul dvs. este la școală/facultate?		<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> da
! Dacă răspunsul este afirmativ, vă rugăm să anexați adeverința de la școală/facultate!				

! Nu ați răspuns cu „da” la niciuna dintre întrebări? Atunci trebuie doar să semnați pe verso și să returnați formularul împreună cu fișa de retur în plicul gratuit (anexe)!

În caz contrar trebuie să completați pagina de pe verso și să anexați adeverința aferentă după caz.

### 3. Informații suplimentare privind perioadele de asigurare la o altă casă de sănătate

De completat doar dacă la întrebarea 2 a) din față s-a răspuns cu „da” la cel puțin un membru al familiei!

	soț	copil	copil	copil
<b>Perioade de asigurare la alte asigurări de sănătate:</b> ○ Informații despre perioade ○ Numele casei de sănătate ○ Tipul asigurării:  (Vă rugăm să precizați și perioadele de asigurare care s-au încheiat deja în perioada de verificat)	de la ..... până la ..... la ..... ..... (numele și sediul casei de sănătate)  membru asigurat familial nu este asigurat legal	de la ..... până la ..... la ..... ..... (numele și sediul casei de sănătate)  membru asigurat familial nu este asigurat legal	de la ..... până la ..... la ..... ..... (numele și sediul casei de sănătate)  membru asigurat familial nu este asigurat legal	de la ..... până la ..... la ..... ..... (numele și sediul casei de sănătate)  membru asigurat familial nu este asigurat legal

### 4. Informații suplimentare privind venitul membrilor de familie

De completat doar dacă la întrebarea 2 a) din față s-a răspuns cu „da” la cel puțin un membru al familiei!

Vă rugăm să indicați veniturile tuturor membrilor familiei care au asigurare familială la AOK Niedersachsen. Pentru soții care nu au asigurare legală de sănătate (asigurare privată, asistență medicală gratuită, indemnizații), sunt necesare informații privind veniturile împreună cu adeverințele aferente.

	soț	copil	copil	copil
<b>Mini-job*:</b> ○ Perioada mini-job-ului ○ Venit brut (mediu lunar)	de la ..... până la ..... ..... EUR	de la ..... până la ..... ..... EUR	de la ..... până la ..... ..... EUR	de la ..... până la ..... ..... EUR
<b>Mai mult decât mini-job sau practică*:</b> ○ Perioada angajării ○ Venit brut (mediu lunar) <b>Vă rugăm să anexați dovada!</b>	de la ..... până la ..... ..... EUR	de la ..... până la ..... ..... EUR	de la ..... până la ..... ..... EUR	de la ..... până la ..... ..... EUR
<b>Alte venituri lunare regulate în sensul legii impozitului pe venit:</b> ○ Venituri din chirii/arendă ○ Venituri din active de capital ○ Altele	de la ..... până la ..... ..... EUR ..... (tipul veniturilor)	de la ..... până la ..... ..... EUR ..... (tipul veniturilor)	de la ..... până la ..... ..... EUR ..... (tipul veniturilor)	de la ..... până la ..... ..... EUR ..... (tipul veniturilor)
<b>Activitate independentă*:</b> ○ Perioada activității independente ○ Venitul din activitatea independentă (lunar) <b>Vă rugăm să anexați o copie a deciziei actuale privind impozitul pe venit</b>	de la ..... până la ..... ..... EUR ..... (tipul veniturilor)	de la ..... până la ..... ..... EUR ..... (tipul veniturilor)	de la ..... până la ..... ..... EUR ..... (tipul veniturilor)	de la ..... până la ..... ..... EUR ..... (tipul veniturilor)
Pensie legală, beneficii pentru pensie, pensie acordată de companie, pensie din străinătate, alte pensii (suma de plată lunară)  <b>În cazul pensiilor din străinătate, vă rugăm să anexați dovada!</b>	de la ..... până la ..... ..... EUR ..... (tipul veniturilor)	de la ..... până la ..... ..... EUR ..... (tipul veniturilor)	de la ..... până la ..... ..... EUR ..... (tipul veniturilor)	de la ..... până la ..... ..... EUR ..... (tipul veniturilor)
Ajutor pentru cetățeni	de la ..... până la .....	de la ..... până la .....	de la ..... până la .....	de la ..... până la .....

\* Vă rugăm să indicați și activitățile/angajările care au fost deja finalizate în perioada care urmează a fi examinată.

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.



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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Semnătura membrului

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. Destinatarii 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.