



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

На следующих страницах Вы найдете перевод анкеты. С его помощью ответьте, пожалуйста, на вопросы анкеты на немецком языке, которую Вы получили по почте, и верните ее нам подписанной. Это важно для страховой защиты членов Вашей семьи. Большое спасибо.

### **Общие сведения:**

АОК Нижней Саксонии - это фонд медицинского страхования для всей семьи. Особенно удобно то, что при определенных условиях мы страхуем членов семьи бесплатно. По закону мы обязаны регулярно запрашивать у застрахованных у нас лиц 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 проверки семейного страхования (актуализации базы застрахованных лиц)**  
**Информация требуется с ...**

**1. Общие данные о застрахованном лице**

▶ **Мое семейное положение:**

женат/замужем с 

X	X
---	---

 | 

X	X
---	---

 | 

X	X	X	X
---	---	---	---

 или  
 в зарегистрированном гражданском партнерстве  
 согл. закону о гражданском партнерстве LPartG с 

X	X
---	---

 | 

X	X
---	---

 | 

X	X	X	X
---	---	---	---

проживаю отдельно

Если да, то заполните рубрику „Супруг/супруга“ в пункте 2.

не женат/не замужем  вдовец(-ва)  разведен-на с 

X	X
---	---

 | 

X	X
---	---

 | 

X	X	X	X
---	---	---	---

- ▶ На случай вопросов я доступен(-на) в течение дня по телефону XXXXXXXXXXXX (указывается по желанию).  
 ▶ Мой электронный адрес XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (указывается по желанию).

**Обратите внимание, что по закону не допускается одновременное семейное страхование в разных фондах медицинского страхования (ФМС). Поэтому, пожалуйста, убедитесь в том, что двойное семейное страхование исключено.**

**2. Общие данные о членах семьи**

	Супруг/супруга	Ребенок	Ребенок	Ребенок
Номер медицинской страховки	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Фамилия	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Имя	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Дата рождения	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Адрес, отличный от адреса страхуемого, если применимо	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
<b>а) Другой фонд медицинского страхования?</b> Имеет ли или имел ли кто-то из Ваших родственников (супруг/супруга/дети) страховку в другом фонде медицинского страхования (не в АОК Нижней Саксонии)?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да
<b>б) Наличие дохода или поступлений?</b> Имеется ли имелся ли у Ваших родственников доход/заработок (например, от работы по найму, самозанятости, подработки, гражданского пособия, пенсии, других регулярных доходов, таких как аренда, лизинг, инвестиционный доход и т.д.)?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да
<b>в) Имела ли место добровольная военная служба, гражданская служба, молодежная или федеральная служба?</b>		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да
<b>!</b> Если да, приложите справку о продолжительности службы!				
<b>д) Только для детей в возрасте от 23 лет:</b> Ваш ребенок учится в школе или ином учебном заведении?		<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да
<b>!</b> Если да, пожалуйста, приложите справку из школы/учебного заведения!				

**!** Вы не ответили ни на один из вопросов утвердительно? Тогда, пожалуйста, просто подпишите обратную сторону анкеты и верните ее нам вместе с бланком возврата в конверте с маркой (вложения)!

В противном случае заполните также обратную сторону и добавьте все необходимые справки.

### 3. Дополнительные данные о периодах страхования в других ФМС

**Заполняется только в том случае, если на вопрос 2 а) на лицевой стороне хотя бы в отношении одного родственника был дан ответ "да"!**

	Супруг/супруга	Ребенок	Ребенок	Ребенок
<b>Периоды страхования в другом ФМС:</b> о период о наименование ФМС о вид страхования:  (Просьба также указать периоды страхования, которые уже закончились в проверяемом периоде.)	с ..... по ..... в ..... ..... (Название и располож. ФМС) <input type="checkbox"/> застрах. <input type="checkbox"/> семейн.страх. <input type="checkbox"/> без социальной страховки	с ..... по ..... в ..... ..... (Название и располож. ФМС) <input type="checkbox"/> застрах. <input type="checkbox"/> семейн.страх. <input type="checkbox"/> без социальной страховки	с ..... по ..... в ..... ..... (Название и располож. ФМС) <input type="checkbox"/> застрах. <input type="checkbox"/> семейн.страх. <input type="checkbox"/> безсоциальной страховки	с ..... по ..... в ..... ..... (Название и располож. ФМС) <input type="checkbox"/> застрах. <input type="checkbox"/> семейн.страх. <input type="checkbox"/> без социальной страховки

### 4. Дополнительная информация о доходах членов семьи

**Заполняется только в том случае, если на вопрос 2 б) на первой странице хотя бы для одного родственника был дан ответ "да"!**

Укажите доходы всех иждивенцев, застрахованных в АОК Нижней Саксонии в рамках семейного страхования. Для супругов, не охваченных обязательным медицинским страхованием (частное страхование, бесплатное медицинское обслуживание, пособие), требуется информация о доходах с подтверждающими документами.

	Супруг/супруга	Ребенок	Ребенок	Ребенок
<b>Незначительная трудовая деятельность*:</b> о Период незначительной трудовой деятельности о Общая зарплата (в среднем за месяц)	с ..... по ..... ..... EUR	с ..... по ..... ..... EUR	с ..... по ..... ..... EUR	с ..... по ..... ..... EUR
<b>Трудовая деятельность, не являющаяся незначительной*:</b> о Период трудовой деятельности о Общая заработная плата (в среднем за месяц)  <b>Пожалуйста, приложите подтверждающие документы!</b>	с ..... по ..... ..... EUR	с ..... по ..... ..... EUR	с ..... по ..... ..... EUR	с ..... по ..... ..... EUR
<b>Другой регулярный ежемесячный доход в смысле закона о подоходном налоге:</b> о Доход от аренды/лизинга о Доход от капитала о Другое	с ..... по ..... ..... EUR ..... (Вид дохода)	с ..... по ..... ..... EUR ..... (Вид дохода)	с ..... по ..... ..... EUR ..... (Вид дохода)	с ..... по ..... ..... EUR ..... (Вид дохода)
<b>Индивидуальная трудовая деятельность (ИТД)*:</b> о Период ИТД о Доход от ИТД (месячный)  <b>Пожалуйста, приложите копию текущего уведомления о начислении подоходного налога.</b>	с ..... по ..... ..... EUR	с ..... по ..... ..... EUR	с ..... по ..... ..... EUR	с ..... по ..... ..... EUR
<b>Социальная пенсия, пособия, пенсия компании, иностранная пенсия, прочие пенсии (размер ежемесячной выплаты)</b> <b>При получении иностранной пенсии приложите подтверждающие документы!</b>	с ..... по ..... ..... EUR ..... (Вид дохода)	с ..... по ..... ..... EUR ..... (Вид дохода)	с ..... по ..... ..... EUR ..... (Вид дохода)	с ..... по ..... ..... EUR ..... (Вид дохода)
<b>Гражданское пособие</b>	с ..... по .....	с ..... по .....	с ..... по .....	с ..... по .....

\*Просьба также указать деятельность/работу, которая уже была прекращена в течение рассматриваемого периода.

**Я подтверждаю, что предоставленная информация верна. Я немедленно сообщу вам о любых изменениях. Это касается, в частности, изменения дохода моих вышеупомянутых родственников (например, нового начисления подоходного налога в случае самозанятости) или их перехода в другой ФМС.**

2 0  
 .....
 .....

Подпись застрахованного лица

Подпись членов семьи, если применимо

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 собираются для выполнения наших задач в соответствии с § 284 абз. 1 предл. 1 № 1 SGB V с целью проверки семейного страхования в соответствии с § 10 SGB V и § 25 SGB XI. Ваше сотрудничество необходимо согласно § 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. Общую информацию об обработке данных и Ваших правах Вы можете найти на сайте [www.aok.de/nds/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nds/datenschutzrechte). В случае возникновения каких-либо вопросов, пожалуйста, свяжитесь с контактным лицом, указанным выше, или с нашим сотрудником по защите данных.