



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.

Наш номер -

Анкета для перевірки сімейного страхування (ведення даних)

Інформація необхідна від ...

1. Загальні дані про члена

► Мій сімейний стан:

одружений(а) з або

у зареєстрованому цивільному партнерстві відповідно до
до Закону про цивільне партнерство з

(Якщо застосовно, будь ласка
заповніть рубрику
«чоловік/дружина» в пункті 2.

окреме проживання

неодружений(а) вдівець/вдова розлучений(а) з

► У разі питань зі мною можна зв'язатися протягом дня за **телефоном** (добровільна інформація).

► Моя електронна адреса (добровільна інформація).

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.

2. Загальні дані про членів сім'ї

	Чоловік/дружина	Дитина	Дитина	Дитина
Номер медичного страхування	<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"/>
Прізвище	<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"/>
Ім'я	<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"/>
Дата народження	<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"/>
якщо адреса, інша ніж у члена	<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"/>
а) Інша лікарняна каса? Чи є зараз або був застрахований хтось із ваших родичів (чоловік/дружина/ діти) в інших лікарняних касах, окрім AOK Niedersachsen?	<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> так
б) Чи є дохід і заробіток? Чи мають або мали ваші члени родини дохід/заробіток (наприклад, від роботи за наймом, самозайнятості, роботи з мінімальною зайнятістю, роботи студента, громадянської допомоги, пенсії, інших регулярних доходів, таких як оренда, лізинг, доходи від капіталу тощо)?	<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> так
в) Чи проходили (добровільну) військову службу, цивільну службу, молодіжну службу або федеральну добровільну службу?		<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> так
Якщо так, будь ласка, додайте довідку про проходження служби!				
д) Тільки для дітей віком від 23 років: Ваша дитина навчається в школі/ВНЗ?		<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> так
Якщо так, будь ласка, додайте довідку зі школи/ВНЗ про підтвердження навчання!				



Ви не відповіли «так» на жодне з питань? Тоді, будь ласка, просто підпишіть анкету на звороті та надішліть її нам разом з бланком повернення в готовому конверті для відповіді з оплаченими поштовими витратами (додається)!

В іншому випадку, будь ласка, також заповніть зворотний бік анкети та додайте всі необхідні довідки.

3. Додаткова інформація про періоди страхування в іншій лікарняній касі

Заповнюється тільки в тому випадку, якщо на питання 2 а) на лицьовій сторінці принаймні для одного члена була дана відповідь «так»!

	Чоловік/дружина	Дитина	Дитина	Дитина
Періоди страхування в іншій лікарняній касі: <ul style="list-style-type: none"> Період Назва лікарняної каси Вид страхування: (Будь ласка, вкажіть також періоди страхування, які вже закінчилися в періоді, що перевіряється.)	з XXXX по XXXXX у XXXXX XXXXXXX (назва та місцезнаходження лікарняної каси) <input type="checkbox"/> Член <input type="checkbox"/> застрахований в сімейному страхуванні <input type="checkbox"/> не застрахований у рамках обов'язкового медичного страхування	з XXXX по XXXXX у XXXXX XXXXXXX (назва та місцезнаходження лікарняної каси) <input type="checkbox"/> Член <input type="checkbox"/> застрахований в сімейному страхуванні <input type="checkbox"/> не застрахований у рамках обов'язкового медичного страхування	з XXXX по XXXXX у XXXXX XXXXXXX (назва та місцезнаходження лікарняної каси) <input type="checkbox"/> Член <input type="checkbox"/> застрахований в сімейному страхуванні <input type="checkbox"/> не застрахований у рамках обов'язкового медичного страхування	з XXXX по XXXXX у XXXXX XXXXXXX (назва та місцезнаходження лікарняної каси) <input type="checkbox"/> Член <input type="checkbox"/> застрахований в сімейному страхуванні <input type="checkbox"/> не застрахований у рамках обов'язкового медичного страхування

4. Додаткові дані про доходи членів сім'ї

Заповнюється тільки в тому випадку, якщо на питання 2 б) на лицьовій сторінці принаймні для одного члена була дана відповідь «так»!

Будь ласка, вкажіть доходи всіх членів сім'ї, які мають сімейне страхування в АОК Niedersachsen. Для чоловіка/дружини, які не застраховані в рамках обов'язкового медичного страхування (приватне страхування, безкоштовна медична допомога, субсидії (для державних службовців)), необхідно вказати інформацію про доходи з підтверджуючими документами.

	Чоловік/дружина	Дитина	Дитина	Дитина
Робота з мінімальною зайнятістю*: <ul style="list-style-type: none"> Період роботи з мінімальною зайнятістю Заробітна плата бруто (в середньому в місяць) 	з XXXX по XXXXX XXXX євро	з XXXX по XXXXX XXXX євро	з XXXX по XXXXX XXXX євро	з XXXX по XXXXX XXXX євро
Більше, ніж робота з мінімальною зайнятістю або студенти, які працюють*: <ul style="list-style-type: none"> Період роботи Заробітна плата бруто (в середньому в місяць) Будь ласка, додайте підтверджуючі документи!	з XXXX по XXXXX XXXX євро	з XXXX по XXXXX XXXX євро	з XXXX по XXXXX XXXX євро	з XXXX по XXXXX XXXX євро
Інші регулярні щомісячні доходи у розумінні закону про податок на прибуток: <ul style="list-style-type: none"> доходи від оренди/лізингу доходи від капітальних активів інше 	з XXXX по XXXXX XXXX євро XXXXXXX (Вид доходів)	з XXXX по XXXXX XXXX євро XXXXXXX (Вид доходів)	з XXXX по XXXXX XXXX євро XXXXXXX (Вид доходів)	з XXXX по XXXXX XXXX євро XXXXXXX (Вид доходів)
Самозайнятість*: <ul style="list-style-type: none"> Період самозайнятості Прибуток від самозайнятості (щомісячно) Будь ласка, додайте копію поточного повідомлення про встановлення прибуткового податку	з XXXX по XXXXX XXXX євро	з XXXX по XXXXX XXXX євро	з XXXX по XXXXX XXXX євро	з XXXX по XXXXX XXXX євро
Пенсія по закону, пенсійні виплати, пенсія компаній, іноземна пенсія, інші пенсії (щомісячний розмір виплати) У разі отримання іноземної пенсії, будь ласка, додайте підтверджуючі документи!	з XXXX по XXXXX XXXX євро XXXXXXX (Вид доходів)	з XXXX по XXXXX XXXX євро XXXXXXX (Вид доходів)	з XXXX по XXXXX XXXX євро XXXXXXX (Вид доходів)	з XXXX по XXXXX XXXX євро XXXXXXX (Вид доходів)
Отримання громадянської допомоги	з XXXX по XXXXX	з XXXX по XXXXX	з XXXX по XXXXX	з XXXX по XXXXX

*Будь ласка, також вкажіть також види діяльності/зайнятості, які вже були завершені протягом звітного періоду.

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

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

X XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
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.