

هل توصلت من طرفنا بإستمارة أسئلة حول الإنضمام إلى التأمين الصحي العائلي؟

تجد في الصفحات التالية مساعدة على الترجمة. رجاء الإجابة على الأسئلة في الإستمارة الألمانية التي توصلت بها عبر البريد وقم بإرسالها إلينا من جديد بعد التوقيع عليها. إن هذا ضروري لكي يستمر تأمينك الصحي. شكرا جزيلا.

فيما يتعلق بالخلفية: عندما نتوصل بإشعار بإلغاء التأمين الإجتماعي بالنسبة لأحد الأعضاء فإننا ملزمون قانونيا بتوضيح إستمرار التغطية من طرف التأمين الصحي. يمكن أن تتكون تغطية جديدة من طرف التأمين الصحي مثلا من خلال عمل جديد تؤدي عنه واجبات التأمين إلزاما أو تقاضي إعانات البطالة أو من خلال التأمين العائلي المجاني. إذا لم نتوصل بأي طلب جديد للتسجيل وإذا لم نخبرنا أية شركة أخرى للتأمين الصحي بالعضوية فإن المشرع ينص على تأمين لاحق من أجل تغطية صحية دون ثغرات. يجب دفع واجبات على هذا التأمين. إن قيمة الواجبات هو حسب المداخل الفردية.

إن من ليست لديه أية مداخل أو إذا كانت ضئيلة فإنه لا يؤدي إلى الواجب الأدنى الذي ينص عليه القانون بالنسبة للتأمين الصحي وتأمين الرعاية الصحية. إذا لم نتوصل من جديد بالإستمارة فإننا ملزمون بحساب الواجب الأعلى بالنسبة للتأمين الصحي اللاحق.

غطاءك التأميني الصحي بعد ...

رجاء أن تخبرنا كيف ستكون مؤمناً صحياً مباشرة بعد ...

رجاء قم بوضع علامة على ما ينطبق واملأ استمارة الاستبيان.

رقم هاتفي هو XXXXXXXX : ، يمكن الاتصال بي هاتفياً من الساعة XXX حتى الساعة XXXX.

عنوان بريدي الإلكتروني: XX

1. أنا موظف في شركة XX أنا أشتغل هناك منذ XX

الشارع XX الرمز البريدي / المدينة XX

□ راتبي يبلغ أكثر من ... يورو □ راتبي يبلغ أقل من ... يورو

مؤمن لدى مؤسسة التأمين الصحي XX (رجاء إرفاق شهادة العضوية)

2. □ لم أمارس أي نشاط مهني.

3. □ أحصل على إعانات من وكالة العمل (أربابيتس أجنتور) / مركز العمل (جوبسنتر)

نوع الإعانة □ إعانات البطالة I □ إعانات البطالة II (رجاء إرفاق الإشعار)

تم تقديم الطلب يوم XX الدفع من XX إلى XX

تم اتخاذ قرار بمنع صرف الإعانات من XX إلى XX

مؤمن لدى مؤسسة التأمين الصحي XX (رجاء إرفاق شهادة العضوية)

4. □ التأمين الصحي العائلي

مؤمن تأميناً صحياً عائلياً عند شركة التأمين الصحي XX (رجاء إرفاق شهادة العضوية)

□ كزوج / شريك حياتي مسجل

الإسم العائلي والشخصي للزوج / الشريك حياتي XX

□ كابن / ابنة

الإسم العائلي والشخصي للأبوين XX

تم تقديم طلب التأمين الصحي العائلي لدى شركة التأمين الصحي أعلاه

□ يوم XX أو سيتم على الأرجح تقديمه يوم XX.

5. □ متقاعد / مقدم طلب التقاعد

تم تقديم طلب التقاعد يوم XX يتم الحصول على معاش التقاعد منذ XX

تم تقديم طلب تمديد دفع معاش التقاعد يوم XX

مؤمن تأميناً صحياً عائلياً عند شركة التأمين الصحي XX (رجاء إرفاق شهادة العضوية)

تم تقديم اعتراض / دعوى ضد رفض طلب معاش التقاعد يوم XX

6. □ أخرى

XXX

(مثلاً الدراسة، التدريب، الخدمة التطوعية الفدرالية، العمل الحر، شهادة إي 104 E-104 التأمين الصحي الأجنبي)

مؤمن تأميناً صحياً لدى (شركة التأمين الصحي) XX (رجاء إرفاق شهادة العضوية)

□ في حالة الرجوع من الخارج إسم شركة التأمين الصحي الألماني القديمة XX

□ الإعانات حسب قانون إعانات طالبي اللجوء (رجاء إرفاق الإشعار)

تم تقديم الطلب يوم XX تم الحصول عليها من XX إلى XX

□ موظف / موظفة / جندي (ة) محترف (ة) (رجاء إرفاق الإثبات / الإشعار)

□ الإعانة الإجتماعية / مساعدات للعيش (رجاء إرفاق الإثبات / الإشعار)

□ تأمين صحي خاص لدى XX (رجاء إرفاق شهادة العضوية)

□ إسم التأمين الصحي قبل التأمين الصحي الخاص لدى XX

□ ليس لدي أي تأمين آخر ضد المرض.

8. □ أصرح بخروجي من التأمين الصحي لأنني مؤمن ضد المرض بشكل آخر وأكد ذلك من خلال الإثبات المرفق (شهادة العضوية في تأمينك الصحي)

XXX

المدينة، التاريخ والتوقيع