



## Вы получили от нас анкету для уточнения данных Вашего медицинского страхования?

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

### **Предыстория:**

Когда мы получаем информацию об окончании срока социального страхования для застрахованного лица, мы по закону обязаны уточнить дальнейшее страховое покрытие. Новое страховое покрытие может возникнуть, например, в случае трудоустройства на новую работу, подлежащую обязательному страхованию, получения пособия по безработице или бесплатного семейного страхования.

Если мы не получаем информации о новой регистрации и другое отделение ФМС не сообщает нам о наличии страхования, законодатель предусматривает так называемое последующее страхование для предотвращения пробелов в страховом покрытии. Это страхование облагается взносами. Размер взносов зависит от индивидуального дохода.

Те, кто не имеют дохода или имеют низкий доход, платят только установленный законом минимальный взнос на страхование здоровья и долгосрочного ухода. Если мы не получим обратно анкету, то при последующем страховании будем вынуждены взимать максимальный взнос.

**Ваша медицинская страховка после ...**

Пожалуйста, сообщите нам, как Вы застрахованы сразу после .....

Пожалуйста, отметьте соответствующее поле и заполните анкету.

Мой телефонный номер XXXXXXXXXXXXXXXXXX, я доступен(-на) по телефону с XXX до XXX часов

Мой электронный адрес XX

1.  **Наемный работник** в компании XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX работаю с XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
улица XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX почтовый индекс, город XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 Размер моего заработка более ...  Размер моего заработка менее ...  
застрахован в фонде медицинского страхования (ФМС) XXXXXXXXXXXX (**приложите страховое удостоверение**)
2.  **Я не осуществлял(-а) деятельности, приносящей доход.**
3.  **Получатель пособия от агентства занятости/центра занятости**  
Вид пособия  Пособие по безработице I  Пособие по безработице II/гражданское п  
особие (**в каждом случае приложите подтверждающие документы**)  
Дата подачи заявки XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX выплата с XXXXXXXXXXXX по XXXXXXXXXXXX  
Был введен период блокировки с XXXXXXXXXXXX по XXXXXXXXXXXX  
Застрахован(-на) в ФМС XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (**приложите свидетельство о страховании**)
4.  **Семейное страхование**  
семейное страхование в ФМС XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (**приложите свидетельство о страховании**)  
 В качестве супруга(-ги)/зарегистрированного гражданского партнера  
Фамилия/имя супруги(-га)/зарегистрированного гражданского партнера XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 в качестве ребенка  
Фамилия/имя родителей XX  
Заявление на семейное страхование в вышеупомянутом ФМС  
 было подано (дата) XXXXXX или  будет, вероятно, подано (дата) XXXXXXXXXXXX.
5.  **Пенсионер(-ка)/соискатель(-ница) пенсии**  
Дата подачи заявления на получение пенсии XXXXXXXXXXXX получаю пенсию с XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Дата подачи заявления о продолжении выплаты пенсии XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Застрахован(-а) в ФМС XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (**приложите свидетельство о страховании**)  
Дата подачи возражения/апелляции против отказа в назначении пенсии XXXXXXXXXX
6. **Прочее**  
 XX  
(например, учеба, стажировка, федеральная добровольная служба, самозанятость, сертификат E 104 иностранного фонда медицинского страхования)  
Застрахован(-а) в ФМС XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (**приложите свидетельство о страховании**)  
 В случае возвращения из-за границы: название прежнего отделения немецкого ФМС XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 Пособие в соответствии с **Законом о пособиях лицам, ищущим убежище** (**приложите подтверждающие документы**)  
дата подачи заявления на получение XXXXXX, получал(-а) пособие с XXXXXX по XXXXXXXXXXXX  
 Гражданский служащий/профессиональный военнослужащий (**приложите подтверждающие документы**)  
 Социальная помощь/помощь в оплате расходов по жизнеобеспечению (**приложите подтверждающие документы**)  
 Частное медицинское страхование XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (**приложите свидетельство о страховании**)  
 Название отделения ФМС до частного медицинского страхования XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
7.  **Я не имею иного медицинского страхования**
8.  Я заявляю о своем выходе из системы медицинского страхования на ..., поскольку **на случай болезни я застрахован(-а) в иной организации** и подтверждаю свой выход **прилагаемым документом (свидетельством о страховании, выданным вашим ФМС).**

XX

Место, дата и подпись