



Ви отримали від нас анкету для уточнення вашого медичного 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 Вашого подальшого страхового захисту. Дякуємо.

Загальна інформація:

коли ми отримуємо повідомлення про зняття з обліку в системі соціального страхування, ми юридично зобов'язані з'ясувати подальший страховий захист. Новий страховий захист може виникнути, наприклад, у зв'язку з новим працевлаштуванням, що підлягає обов'язковому страхуванню, отриманням допомоги по безробіттю або через безкоштовне сімейне страхування.

Якщо ми не отримаємо нової заявки й жодна інша лікарняна каса не повідомить нас про членство, законодавець передбачає так зване подальше страхування для безперервного страхового захисту. Це страхування підлягає сплаті внесків. Розмір внесків залежить від індивідуального доходу.

Особи, які не мають доходу або мають низький дохід, сплачують лише встановлений законом мінімальний внесок на медичне страхування та страхування на випадок потреби в догляді. Якщо ми не отримаємо анкету назад, ми повинні розрахувати максимальний внесок для подальшого страхування.

Ваше медичне страхування в період з ... по ...

Будь ласка, повідомте нам, як Ви з ... по ... були застраховані.

Будь ласка, поставте галочку у відповідному полі та заповніть анкету.

Мій номер телефону: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, зі мною можна зв'язатися по телефону з XX до XXXXXX год

Адреса електронної пошти XX

1. **Співробітник** компанії XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX працевлаштований(а) з XXXXXX
Вулиця XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Поштовий індекс/Місто XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Мій заробіток **перевищує** ... євро

Мій заробіток **менше** ... євро

Застрахований(а) у лікарняній касі XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (будь ласка, додайте свідоцтво про членство)

2. З ... по ... **не працював(ла)**.

3. **Одержувач допомоги від агентства з працевлаштування/центру зайнятості**

Вид допомоги Допомога по безробіттю I

Допомога по безробіттю II/Громадянська допомога

(будь ласка, додайте повідомлення про кожну)

Заяву подано (дата) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Виплата з XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX по XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Період припинення виплат був накладений з XXXXXX по XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Застрахований(а) у лікарняній касі XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (будь ласка, додайте свідоцтво про членство)

4. **Сімейне страхування**

Застрахований(а) в сімейному страхуванні у лікарняній касі XX (будь ласка, додайте свідоцтво про членство)

як чоловік/дружина / зареєстрований партнер

Прізвище/Ім'я чоловіка/дружини / зареєстрованого партнера XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

як дитина

Прізвище/ ім'я батьків XX

Заяву на сімейне страхування у вищезазначеній лікарняній касі

було подано (дата) XXXXXX або заплановано подати (дата) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

5. **Пенсіонер** / Заявник на отримання пенсії

Заява про призначення пенсії подана (дата) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Пенсія отримується з XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Заява про продовження виплати пенсії подана (дата) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Застрахований(а) у лікарняній касі XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (будь ласка, додайте свідоцтво про членство)

Заперечення/скарга на відмову в призначенні пенсії подана (дата) XXXXXX

6. **Інше**

XX

(наприклад, навчання, стажування, федеральна добровільна служба, самозайнятість, довідка Е 104 іноземної лікарняної каси)

Застрахований(а) у лікарняній касі XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (будь ласка, додайте свідоцтво про членство)

У разі повернення за кордон назва колишньої німецької лікарняної каси XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Виплати відповідно до **Закону про виплати для осіб, які шукають притулку** (будь ласка, додайте повідомлення)

заяву подано (дата) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX отримувались з XXXXXX по XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Державний службовець/Кадровий солдат (будь ласка, додайте підтвердження/повідомлення)

Соціальна допомога/допомога на проживання (будь ласка, додайте підтвердження/повідомлення)

Приватно застрахований(а) у XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (будь ласка, додайте свідоцтво про членство)

Назва лікарняної каси **перед** приватним страхуванням XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

7. З ... по ... **я не застрахований(а) в інший спосіб на випадок хвороби**.

8. Я заявляю про свій вихід з членства з ..., оскільки я **маю інше страхування на випадок хвороби**, і підтверджую це **доданим документом (свідоцтво про членство у Вашій лікарняній касі)**.

XX

Місце, дата та підпис