

Otrzymałaś(-eś) od nas formularz dotyczący Twojego ubezpieczenia zdrowotnego?

Na kolejnych stronach znajdziesz jego **tłumaczenie**. Wprowadź odpowiedzi do oryginalnego formularza **w języku niemieckim**, podpisz go i odeślij na nasz adres. To **ważne** dla ochrony ubezpieczeniowej Twojej rodziny. Dziękujemy.

Objaśnienie:

w przypadku otrzymania od osoby ubezpieczonej informacji o wyłączeniu z ubezpieczenia społecznego mamy obowiązek weryfikacji sytuacji ubezpieczeniowej takiej osoby. Nowa ochrona ubezpieczeniowa może wynikać np. z nowego stosunku zatrudnienia, przejścia na zasiłek dla osób bezrobotnych bądź też objęcia danej osoby rodzinnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

W przypadku braku informacji o nowej ochronie ubezpieczeniowej / członkostwie w innej kasie chorych i celem zapewnienia ciągłości ubezpieczenia prawo przewiduje tzw. ubezpieczenie pomostowe (Anschlussversicherung). Jest to ubezpieczenie obowiązkowe, którego wysokość jest zależna od dochodów danej osoby.

W przypadku niskich dochodów lub ich całkowitego braku naliczana jest najniższa składka ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgnacyjnego. W przypadku niewypełnienia i nieodeśłania niniejszego formularza będziemy zmuszeni do naliczenia składki ubezpieczenia pomostowego w jej maksymalnej wysokości.

Nazwisko: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Imię: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Nr ubezpieczenia zdrowotnego (KV-Nr): XXXXXX
 Centrum obsługi: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Formularz ustawowego ubezpieczenia pomostowego (Anschlussversicherung) – tzw. obowiązkowe ubezpieczenie dobrowolne oraz jego składki

Dane dotyczące sytuacji rodzinnej

- stanu wolnego zamężna/żonaty/w zw. partnerskim rozwiedziona(-y)
 wdowa/wdowiec w separacji

Jeżeli dochody osobiste nie przekraczają ... euro miesięcznie: (p.na odwrocie punkt 8)

Kasa chorych małżonka/małżonki, partnera/partnerki XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Liczba **wspólnych** dzieci na utrzymaniu
 z ubezpieczeniem rodzinnym XXXXXXXXXX bez ubezpieczenia rodzinnego XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Liczba dzieci **wyłącznie** na utrzymaniu **małżonki/małżonka, partnerki/partnera**
 z ubezpieczeniem rodzinnym XXXXX, w tym XXX dzieci znajduje się na utrzymaniu wyłącznie jednego z rodziców
 bez ubezpieczenia rodzinnego XXXXX, w tym XXX dzieci znajduje się na utrzymaniu wyłącznie jednego z rodziców

Informacje dotyczące zatrudnienia

- Własna działalność gospodarcza (**załącz potwierdzenie zarejestrowania działalności**)

Rodzaj działalności XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Liczba godzin pracy w tygodniu XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Liczba pracowników XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

- Zatrudniona(-y) Pracodawca XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

- Urzędniczka/urzędnik; pracownik służby publicznej

Prawo do dodatku osłonowego dla urzędników Tak Nie
 Piastowane stanowisko XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Organ zatrudniający XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Wysokość dodatku osłonowego XXXXXXX

- Żołnierz kontraktowy, żołnierz zawodowy

Prawo do dodatku osłonowego dla urzędników Tak Nie

- Emerytowany urzędnik/urzędniczka, rolnik - wysokość dopłaty XXXXXXX

- Emeryt(-ka) Osoba wnioskująca o emeryturę

- Uczeń(-nica), student(-ka), osoba po przekwalifikowaniu się (**załącz zaświadczenie ze szkoły**)

- gospodyni/pan domu z niewielkim dochodem własnym bądź bez dochodu

- osoba niepracująca

Ubezpieczenie pielęgnacyjne

Osoba posiadająca ubezpieczenie zdrowotne automatycznie otrzymuje również ubezpieczenie pielęgnacyjne

- Bezdietna(-y) Mam dziecko/dzieci*

*Należy załączyć odpowiednie zaświadczenie (np. odpis aktu urodzenia, decyzji o alimentach, odcinka renty itd.).

Pozostałe dane na odwrocie lub na stronie 2

