



Ați primit de la noi un chestionar privind clarificarea asigurării de sănătate?

Pe paginile următoare veți găsi un ajutor pentru **traducere**. Vă rugăm să răspundeți la întrebările din formularul în **limba germană** pe care l-ați primit prin poștă și să îl returnați semnat. Acest lucru este **important** pentru protecția dumneavoastră continuă prin asigurare. Vă mulțumim.

Despre context:

Dacă primim o radiere de la asigurările sociale pentru un membru, suntem obligați din punct de vedere legal să clarificăm protecția dumneavoastră continuă prin asigurare. O nouă asigurare se poate încheia de exemplu printr-o nouă angajare supusă asigurării obligatorii, primirea indemnizației de șomaj sau prin asigurarea gratuită de familie.

Dacă nu primim nicio înregistrare nouă și nicio altă casă de asigurări de sănătate nu ne informează despre calitatea de membru, legea prevede o asigurare ulterioară pentru o protecție completă prin asigurare. Această asigurare este contra cost. Valoarea contribuțiilor depinde de venitul individual.

Dacă aveți venituri mici sau nu aveți venituri, plătiți doar contribuția minimă legală pentru asigurarea de sănătate și de îngrijire. Dacă nu primim chestionarul de la dvs., trebuie să calculăm taxa maximă pentru asigurarea ulterioară.

Nume: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Prenume: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Numărul asigurării de sănătate: XXXXXXXXXXXX
 Centrul de service: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Chestionar pentru implementarea asigurării ulterioare impuse prin lege (așa-numita calitate de membru voluntar obligatoriu) și clasificarea contribuțiilor

Informații privind calitatea de membru

celibatar căsătorit/parteneriat înregistrat divorțat văduv despărțit

Dacă venitul propriu este sub ... Euro lunar: (vezi partea din spate la punctul 8)

Casa de sănătate a soțului/partenerului înregistrat XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Numărul copiilor **comuni** dependenți

Asigurare familială XX fără asigurare familială XXX

A Numărul copiilor **care nu sunt comuni** dependenți ai **soțului/partenerului înregistrat**

Asigurat prin asigurare familială XXXXXXXXXXXX, dintre care pentru XX copii nu se plătește pensie alimentară de către celălalt părinte

Neasigurat prin asigurare familială XXXXXXXXXXXX, dintre care pentru XX copii nu se plătește pensie alimentară de către celălalt părinte

Informație despre activitate/ocupație

Activitate independentă (anexați certificatul de înregistrare)

Tipul activității

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Numărul orelor lucrate săptămânal

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Numărul angajaților

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Angajat

Angajator

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Funcționar public, ofițer administrativ

Există dreptul la asistență conform reglementărilor serviciului public? da nu

Desemnarea serviciului XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Angajator XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX rata de evaluare a subvenției XXXXXX

Soldat temporar, soldat de carieră

Există dreptul la asistență conform reglementărilor serviciului public? da nu

Pensionar, agricultor pensionat - rata de evaluare a subvenției XXXXXX

Pensionar

Persoană care a solicitat pensionarea

Elev, student, elev recalificat (vă rugăm să atașați adeverința școlară)

Casnic/soțul fără venituri proprii sau cu un venit mic propriu

neangajat

Asigurare de îngrijire

La începutul asigurării de sănătate, devin și membru al asigurării de îngrijire pe termen lung

Nu am copii Am/am avut copii*

* Vă rugăm să anexați dovezi (de exemplu, copie a certificatului de naștere, decizie de alocație pentru copii, decizie de pensie etc.).

Mai multe informații pe verso sau pe pagină. 2

Venituri totale

Tipul veniturilor:	Valoare brută:	
	EUR lunar	EUR lunar
1. Venituri dintr-o activitate independentă - în sensul legii impozitului pe venit - (profit determinat conform reglementărilor generale de determinare a profitului din Legea privind impozitul pe venit) Beneficiez de un stimulent de înființare (dovada este necesară) Vă rugăm să atașați o copie a celei mai recente decizii de impunere - toate paginile - chiar dacă aceasta ne-a fost deja trimisă.	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
2. Venituri din închiriere și arendă Vă rugăm să atașați dovezile aferente; dacă este cazul, o copie a ultimei decizii de impunere	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
3. Venituri din active de capital minus cheltuielile aferente de promovare – fără a se deduce suma deductibilă de economii – Vă rugăm să atașați dovezile aferente; dacă este cazul, o copie a ultimei decizii de impunere	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
4. din activitate non -independentă (de exemplu, salarii, salarii de la mini-job, venituri de la locul de muncă, plăți unice, cum ar fi prima de Crăciun sau pentru concediu, plăți speciale etc.) Vă rugăm să atașați o copie a fișei de salariu sau a notificării de salariu	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
5. Pensii Vă rugăm să anexați dovada cuantumului pensiei	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
6. Venituri de întreținere (de exemplu, pensii, pensii de companie, pensii suplimentare, pensii private din asigurări de viață) a) plăți în curs b) plăți unice Vă rugăm să anexați dovezile corespunzătoare	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
7. Pensia alimentară a fostului soț/soț despărțit, a părinților etc. Vă rugăm să anexați dovezile	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
8. Venitul brut al soțului care nu are asigurare legală de sănătate /a partenerului înregistrat (informații necesare numai dacă venitul propriu nu depășește ... euro lunar) Vă rugăm să anexați dovezile	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
9. Informații privind prestațiile conform SGB XII (asistență socială; cu excepția cazării în unități de staționare), beneficii în temeiul Legii privind prestațiile pentru solicitanții de azil Vă rugăm să anexați dovezile	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
10. Alte venituri (de exemplu, indemnizație de concediere) Vă rugăm să anexați dovezile	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
11. Dacă niciunul dintre punctele de mai sus nu se aplică în cazul dvs., vă rugăm să precizați cum vă câștigați existența (de exemplu, prestații de ajutor social, sprijin de la o persoană privată). Vă rugăm să atașați dovezile aferente; dacă este cazul, o copie a ultimei decizii de impunere În cazul în care aveți sprijinul unei alte persoane, vă rugăm să completați următoarea declarație: Numele, prenumele persoanei XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Adresa XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Grad de rudenie XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Sprijin sub formă de hrană și cazare gratuită (comunitate casnică) Sprijin financiar în medie de <u>XXXXXX</u> euro pe lună	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Informațiile de mai sus sunt corecte. Vă voi anunța imediat despre orice modificări. Nu există altă asigurare în caz de boală.		
<u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> Data	<u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> Semnătura membrului	<u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> Numărul de telefon (informație voluntară)

