



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.

Фамилия: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Имя: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Номер медицинского страхования: XXXXXXXXXX
 Центр обслуживания: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Анкета служит для осуществления предписанного законом обязательного медицинского страхования (так называемого обязательного добровольного страхования) и классификации взносов

Данные о семейном положении

- не женат/не замужем женат/замужем/зарегистрированное партнерство разведен(-а)
 вдовец(-ва) проживаю отдельно

Если собственный доход составляет менее евро в месяц: (см. пункт 8 на обороте)

Фонд мед. страхования (ФМС) супруга(-и)/зарегистрированного партнера XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Количество **состоящих на совместном иждивении** детей с семейным страхованием XXXXXXXXXX без семейного страхования XXXXXXXXXXXXXX

Количество **не состоящих на совместном иждивении** детей **супруга(-и)/партнера** с семейным страхованием XXX, в т.ч. XXXXXX детей не получают содержания от другой стороны без семейного страхования XXX, в т.ч. XXXXXX детей не получают содержания от другой стороны

Подробная информация о деятельности/занятости

- Индивидуальная трудовая деятельность (**пожалуйста, приложите регистрационный документ**)

Вид деятельности XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Количество рабочих часов в неделю XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Число работников XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

- Наемный работник Работодатель XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

- Служащий/служащая

Имеется ли право на получение помощи в соответствии с правилами государственной службы? да нет
 Должность XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Начальник XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Ставка финансовой помощи XXXXXXXX

- Военнослужащий(-ая) срочник, кадровый(-вая) военнослужащий(-ая)
 Имеется ли право на получение помощи в соответствии с правилами государственной службы? да нет

- Пенсионер, получатель содержания в обмен на имущество, ставка содержания XXXXXXXX

- Пенсионер заявитель на получение пенсии

- Школьник(-ца), студент(-ка), прохожу перекалфикацию (**пожалуйста, приложите справку из учебного учреждения**)

- Домохозяйка/домохозяин без личного дохода или с незначительным доходом

- Не работаю

Страхование на случай потребности в уходе

Когда я оформляю медицинскую страховку, я также становлюсь участником программы страхования на случай потребности в долговременном уходе.

- У меня нет детей У меня есть дети*

*Пожалуйста, приложите подтверждающие документы (например, копию свидетельства о рождении, справку о детском пособии, пенсионное удостоверение и т.д.).

Дополнительная информация на обороте или на странице 2

Поддержка в виде бесплатного питания и проживания (домашняя община)

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

Финансовая поддержка в среднем составляет XXXXXX евро в месяц

Я правильно предоставил(-а) вышеуказанную информацию. Я немедленно сообщу Вам о любых изменениях.
У меня нет другой страховой защиты на случай болезни.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Дата

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Подпись страхуемого лица

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Телефонный номер (по желанию)