



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.

Прізвище: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Ім'я: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Номер медичного страхування: XXXXXXXXXXXX
 Центр обслуговування: XXXXXXXXXXXXXXXX

Анкета для здійснення законодавчо встановленого подальшого страхування (так званого обов'язкового добровільного членства) та класифікації внесків

Дані про сімейний стан

- неodrужений(а) одружений(а)/зареєстроване цивільне партнерство розлучений(а)
 вдівець/вдова окреме проживання

Якщо ваш власний дохід менше ... євро на місяць: (див. пункт 8 на звороті)

Лікарняна каса чоловіка/дружини / зареєстрованого партнера XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Кількість **спільних** дітей на утриманні застраховані в сімейному страхуванні XXX не застраховані в сімейному страхуванні XXXXXX

Кількість **не спільних** дітей, які перебувають на утриманні **дружини/чоловіка / партнерки/партнера** застраховані в сімейному страхуванні XX, з яких на XX дітей другий з батьків не сплачує аліменти не застраховані в сімейному страхуванні XX, з яких на XX дітей другий з батьків не сплачує аліменти

Дані про діяльність/зайнятість

- Самозайнята особа (**будь ласка, додайте довідку про реєстрацію підприємства**)

Вид діяльності

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Кількість робочих годин на тиждень

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Кількість найманих працівників

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

- Працівник Роботодавець XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

- Державний службовець, працівник службового розпорядку

Чи є право на допомогу відповідно до положень про державну службу?

так

ні

Посада XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Роботодавець XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Ставка нарахування допомоги XXXXXX

- Солдат-контрактник, кадровий солдат

Чи є право на допомогу відповідно до положень про державну службу?

так

ні

- Пенсіонер (ексчиновник), фермер на пенсії - ставка нарахування допомоги XXXXXX

- Пенсіонер Заявник на отримання пенсії

- Учень, студент, особа, що проходить перекваліфікацію (**будь ласка, додайте довідку з місця навчання**)

- Домогосподар/Домогосподарка без власного доходу або з невеликим власним доходом

- не працює

Страхування на випадок потреби в догляді

Після оформлення медичного страхування я також стану учасником страхування на випадок потреби в догляді

- В мене немає дітей В мене є/були діти*

*Будь ласка, додайте підтвердуючі документи (наприклад, копію свідоцтва про народження, довідку про допомогу на дитину, повідомлення про пенсію тощо).

Додаткова інформація на звороті або на сторінці 2

Загальний дохід/загальний прибуток

Вид доходу/прибутку:	Сума бруто:	
	євро щомісячно	євро щорічно
1. Дохід від самозайнятості у розумінні закону про податок на прибуток (прибуток визначається відповідно до загальних положень про визначення прибутку Закону про податок на прибуток) <input type="checkbox"/> Я отримую дотацію на відкриття власної справи (потрібне підтвердження) Будь ласка, додайте копію останнього повідомлення про встановлення прибуткового податку, усі сторінки, навіть якщо воно вже було надіслано нам.	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
2. Доходи від оренди та лізингу Будь ласка, додайте відповідні підтверджуючі документи; у разі необхідності, копію останнього повідомлення про встановлення прибуткового податку	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
3. Дохід від капітальних активів за вирахуванням підприємницьких витрат – без вирахування неоподаткованої суми доходів від капітальних активів – Будь ласка, додайте відповідні підтверджуючі документи; у разі необхідності, копію останнього повідомлення про встановлення прибуткового податку	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
4. Від не самозайнятої діяльності (наприклад, заробітна плата, заробітна плата від роботи з мінімальною зайнятістю, винагорода за діяльність, одноразові виплати, такі як різдвяні премії або відпускні, спеціальні виплати тощо) Будь ласка, додайте копію відомості нарахування заробітної плати /розрахунково-платіжної відомості або копію розрахункового листа.	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
5. Пенсії Будь ласка, додайте довідку про розмір пенсії	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
6. Пенсійні виплати (наприклад, пенсії державних службовців, пенсії компанії, додаткові пенсії, пенсії по приватному страхуванню життя) а) поточні виплати б) одноразові виплати Будь ласка, додайте відповідні підтверджуючі документи	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
7. Утримання колишнього / окремо проживаючого чоловіка/дружини, батьків і т.д. Будь ласка, додайте підтверджуючі документи	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
8. Дохід бруто не застрахованого у рамках обов'язкового медичного страхування чоловіка/дружини / зареєстрованого партнера (інформація необхідна, лише якщо ваш власний дохід не перевищує ... євро на місяць) Будь ласка, додайте підтверджуючі документи	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
9. Інформація про отримання допомоги відповідно до Книги XII Соціального кодексу (соціальна допомога; за винятком проживання в стаціонарних установах), допомоги відповідно до Закону про допомогу особам, які шукають притулок Будь ласка, додайте підтверджуючі документи	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
10. інші доходи (наприклад, вихідна допомога) Будь ласка, додайте підтверджуючі документи	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
11. Якщо жоден з наведених вище пунктів не застосовується до Вас, будь ласка, вкажіть, як Ви забезпечуєте себе (наприклад, соціальна допомога, підтримка від приватної особи). Будь ласка, додайте відповідні підтверджуючі документи; у разі необхідності, копію останнього повідомлення про встановлення прибуткового податку Якщо Вас хтось підтримує, будь ласка, заповніть наступну заяву: Прізвище, ім'я особи <u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> Адреса <u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> <u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> Ступінь спорідненості <u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> <input type="checkbox"/> Підтримка у вигляді безкоштовного харчування та проживання (спільне домашнє господарство) <input type="checkbox"/> Фінансова підтримка в середньому <u>XXXX</u> євро на місяць	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
Вищевказана інформація надана мною є правдивою. Я негайно повідомлю Вас про будь-які зміни. Іншого страхування на випадок хвороби немає.		
<u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> Дата	<u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> Підпис Учасник	<u>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</u> Номер телефону (за бажанням)

