

Chestionar pentru afilierea la asigurarea familială

(Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung)

Stand 07/2016

Prenamele membrului *Vorname des Mitglieds*

Numele membru *Name des Mitglieds*

Număr KV *KV-Nummer*

1. Datele generale ale membrului *Allgemeine Angaben des Mitglieds*

Am fost până în prezent: *Ich war bisher*

în cadrul unei afiliere la o asigurare *im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft*

familială *im Rahmen einer Familienversicherung*



asigurat la
versichert bei

Numele casei de asigurări de sănătate *Krankenkasse*

nu am fost asigurat legal *nicht gesetzlich krankenversichert*

Starea civilă: *Familienstand*

necăsătorit *ledig*

căsătorit *verheiratet*

separat *getrennt lebend*

divorțat *geschieden*

văduv *verwitwet*

Parteneriat civil înregistrat conform Legii parteneriatului civil – LPartG (în acest caz, se vor menționa datele la rubrica „partener de căsătorie“) *Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehepartner“ zu machen)*

Motivul afilierei la o asigurare familială: *Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung*

Data afilierei mele *Beginn meiner Mitgliedschaft*

Încetarea afilierei anterioare proprii a membrului de familie *Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen*

Căsătorie (Anexați certificatul de căsătorie.) *Heirat (Bitte Heiratsurkunde beifügen.)*

Data nașterii copilului (Anexați certificatul de naștere.) *Geburt des Kindes (Bitte Geburtsurkunde beifügen.)*

Altele *Sonstiges*

Data începerii Asigurării Familiale:

Beginn der Familienversicherung

Pentru clarificări sunt disponibil în timpul zilei la nr. de telefon:

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter folgender Telefon-Nr. zu erreichen

(mențiune facultativă)

(freiwillige Angabe)

Adresa mea de e-mail este:

Meine E-Mail-Adresse lautet

(mențiune facultativă)

(freiwillige Angabe)

2. Date privind membrii familiei *Angaben zu Familienangehörigen*

Următoarele date sunt necesare, în principiu, numai pentru membrii de familie care urmează a fi asigurați de către noi prin asigurarea familială. **Cu toate acestea, avem nevoie de datele individuale ale partenerului de căsătorie/partenerului civil, chiar în cazul în care se dorește asigurarea familială doar pentru copiii dvs.** În acest caz, sunt necesare în afara datelor generale și informațiile privind asigurarea partenerului de căsătorie/partenerului civil și datele privind venitul acestuia - în măsura în care partenerul de căsătorie/partenerul civil nu este asigurat legal și nu este înrudit cu copiii; în acest caz, este obligatoriu ca veniturile să fie dovedite prin documente justificative, fără a lua în considerare la menționarea veniturilor, sporurile plătite în funcție de starea civilă.

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehepartner/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehepartner/Lebenspartners und – sofern der Ehepartner/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Vă rugăm să aveți în vedere că asigurarea familială simultană la mai multe case de asigurări de sănătate nu este permisă legal.

Din acest motiv, asigurați-vă că prin comunicarea datelor dvs. se exclude posibilitatea unei asigurări familiale duble.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

3. Date generale privind membrii de familie *Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen*

	Partener de căsătorie <i>(Ehepartner)</i>	Copil 1 <i>(Kind 1)</i>	Copil 2 <i>(Kind 2)</i>	Copil 3 <i>(Kind 3)</i>
Nume* <i>Name*</i>				
Prenume <i>Vorname</i>				
Sexul <i>Geschlecht</i> (b = bărbătesc <i>männlich</i> , f = femeiesc <i>weiblich</i> , x = nedeterminat <i>unbestimmt</i>)	<input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> x
Data nașterii <i>Geburtsdatum</i>				
Adresa, în cazul în care este diferită de cea a membrului <i>ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift</i>				
Relația de rudenie a membrului față de copil Anexați un certificat de naștere/certificat de origine pentru copilul care urmează a fi asigurat. <i>Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind. Bitte fügen Sie eine Geburtsurkunde/einen Abstammungsnachweis für das zu versichernde Kind bei.</i>	----	<input type="checkbox"/> copil biologic** <i>leibliches Kind**</i> <input type="checkbox"/> copil vitreg <i>Stiefkind</i> <input type="checkbox"/> nepot <i>Enkel</i> <input type="checkbox"/> copil în plasament <i>Pflegekind</i>	<input type="checkbox"/> copil biologic** <i>leibliches Kind**</i> <input type="checkbox"/> copil vitreg <i>Stiefkind</i> <input type="checkbox"/> nepot <i>Enkel</i> <input type="checkbox"/> copil în plasament <i>Pflegekind</i>	<input type="checkbox"/> copil biologic** <i>leibliches Kind**</i> <input type="checkbox"/> copil vitreg <i>Stiefkind</i> <input type="checkbox"/> nepot <i>Enkel</i> <input type="checkbox"/> copil în plasament <i>Pflegekind</i>
Czy współmałżonek jest spokrewniony z dzieckiem? (Proszę zakreślić tylko w przypadku brakującego stopnia pokrewieństwa) <i>Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)</i>	----	<input type="checkbox"/> nu <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> nu <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> nu <i>Nein</i>

* Adăugați certificatul de căsătorie, respectiv o dovadă a originii, în cazul în care partenerul de căsătorie/partenerul civil, respectiv copiii, au alt nume de familie și nu ați depus încă aceste documente. *Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehepartner/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.*

** Denumirea „copil biologic” se va utiliza și în cazul adopției. *Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden*

4. Datele privind ultimei asigurări de până acum, sau a asigurării care continuă a membrilor de familie

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Partener de căsătorie <i>(Ehepartner)</i>	Copil 1 <i>(Kind 1)</i>	Copil 2 <i>(Kind 2)</i>	Copil 3 <i>(Kind 3)</i>
Asigurarea de până acum <i>Die bisherige Versicherung</i> <ul style="list-style-type: none"> a încetat la: <i>endete am:</i> a fost încheiată la: (Denumirea casei de asigurări de sănătate) <i>bestand bei: (Name der Krankenkasse)</i> 				
Tipul asigurării de până acum: <i>Art der bisherigen Versicherung:</i>	<input type="checkbox"/> Afiliere <i>Mitgliedschaft</i> <input type="checkbox"/> Asigurare familială <i>Familienversicherung</i> <input type="checkbox"/> nelegală <i>nicht gesetzlich</i>	<input type="checkbox"/> Afiliere <i>Mitgliedschaft</i> <input type="checkbox"/> Asigurare familială <i>Familienversicherung</i> <input type="checkbox"/> nelegală <i>nicht gesetzlich</i>	<input type="checkbox"/> Afiliere <i>Mitgliedschaft</i> <input type="checkbox"/> Asigurare familială <i>Familienversicherung</i> <input type="checkbox"/> nelegală <i>nicht gesetzlich</i>	<input type="checkbox"/> Afiliere <i>Mitgliedschaft</i> <input type="checkbox"/> Asigurare familială <i>Familienversicherung</i> <input type="checkbox"/> nelegală <i>nicht gesetzlich</i>
În ultimele 18 luni nu am avut asigurare de sănătate în Germania. <i>Ich war in den letzten 18 Monaten nicht in Deutschland krankensichert.</i>	<input type="checkbox"/> da <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> nu <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> da <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> nu <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> da <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> nu <i>Nein</i>	<input type="checkbox"/> da <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> nu <i>Nein</i>
În cazul în care ultima dată a existat o asigurare familială, menționați numele și prenumele persoanei din a cărei afiliere a rezultat asigurarea familială <i>Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde</i>	Prenume <i>Vorname</i> Nume de familie <i>Name</i>	Prenume <i>Vorname</i> Nume de familie <i>Name</i>	Prenume <i>Vorname</i> Nume de familie <i>Name</i>	Prenume <i>Vorname</i> Nume de familie <i>Name</i>
Asigurarea de până acum continuă la: (Denumirea casei de asigurări de sănătate/companiei de asigurări de sănătate) <i>Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung)</i>				

5. Date generale privind membrii de familie

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

	Partener de căsătorie (Ehepartner)	Copil 1 (Kind 1)	Copil 2 (Kind 2)	Copil 3 (Kind 3)
5.1	Se primește ajutor de șomaj II? <i>Wird Arbeitslosengeld II bezogen?</i>	<input type="checkbox"/> da <i>Ja</i>	<input type="checkbox"/> da <i>Ja</i>	<input type="checkbox"/> da <i>Ja</i>
5.2	Frecvență școlară/studiu (În cazul copiilor care depășesc vârsta de 23 ani, anexați un certificat școlar sau de studii) <i>Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)</i>	----	De la <i>vom</i> _____	De la <i>vom</i> _____
		până la <i>bis</i> _____	până la <i>bis</i> _____	până la <i>bis</i> _____
5.3	Serviciu militar sau civil (Menționați perioada efectuării serviciului) <i>Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)</i>	----	De la <i>vom</i> _____	De la <i>vom</i> _____
		până la <i>bis</i> _____	până la <i>bis</i> _____	până la <i>bis</i> _____
5.4	Se prestează o activitate independentă <i>Selbstständige Tätigkeit liegt vor</i>	<input type="checkbox"/> da <i>Ja</i>	<input type="checkbox"/> da <i>Ja</i>	<input type="checkbox"/> da <i>Ja</i>
	Venitul din activitatea independentă (lunar) – Anexați copia certificatului fiscal actual aferent veniturii. <i>Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) – Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.</i>	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
5.5	Venitul brut obținut din activități mărunte (lunar). Anexați documentele justificative. <i>Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich); Bitte entsprechende Nachweise beifügen.</i>	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
5.6	Pensia legală, beneficii legate de pensie, pensie ocupațională, pensii din străinătate, alte pensii (suma lunară plătită). Anexați documentele justificative corespunzătoare. <i>Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) Bitte entsprechende Nachweise beifügen</i>	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
5.7	Alte venituri lunare regulate în sensul Dreptului privind Impozitul pe venit (de ex. veniturile brute din activități mai mult decât mărunte, venituri din închirieri și arende, venituri din investiții de capital, venituri din agricultură și silvicultură) <i>Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft)</i>	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
	(Tipul veniturilor) <i>(Art der Einkünfte)</i>	(Tipul veniturilor) <i>(Art der Einkünfte)</i>	(Tipul veniturilor) <i>(Art der Einkünfte)</i>	(Tipul veniturilor) <i>(Art der Einkünfte)</i>

6. Date privind atribuirea unui număr de asigurat de sănătate pentru membrii de familie cu asigurare familială

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

	Partener de căsătorie (Ehepartner)	Copil 1 (Kind 1)	Copil 2 (Kind 2)	Copil 3 (Kind 3)
Propriul număr de asigurări de pensii (RV-Nr.) <i>Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)</i>				
Următoarele date sunt necesare numai dacă nu s-a atribuit deja un număr de asigurat de pensie. <i>Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.</i>				
Numele purtat la naștere <i>Geburtsname</i>				
Locul nașterii <i>Geburtsort</i>				
Țara de naștere <i>Geburtsland</i>				
Cetățenia <i>Staatsangehörigkeit</i>				

Confirm corectitudinea datelor. Vă voi comunica în cel mai scurt timp orice modificare. Acest lucru este valabil în special în cazul în care se modifică venitul meu sau al altor membri de familie (de ex. o nouă decizie de venituri pentru activități independente) sau dacă membrul de familie se afiliază altei (altor) case de asigurări de sănătate. *Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.*

Locul, Data *Ort, Datum*

Semnătura membrului *Unterschrift des Mitglieds*

Eventual semnătura membrilor de familie
ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Prin aplicarea semnăturii, declar că am primit acordul membrilor de familie pentru comunicarea datelor solicitate. *Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.*

În cazul membrilor de familie care trăiesc separați, este suficientă semnătura membrului de familie. *Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.*

Protecția datelor (Datenschutzhinweis) (§ 67a para. 3 SGB X): Pentru a putea evalua asigurarea familială, este nevoie ca dvs. să colaborați conform §§ 10 para. 6, 289 SGB V. Datele sunt necesare pentru stabilirea raportului de asigurare (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI). Datele facultative de contact vor fi utilizate exclusiv pentru clarificarea raportului dvs. de asigurare.

Asigurare familială

Instrucțiuni pentru completarea formularului pentru afilierea la asigurarea familială

Versiunea decembrie 2012

Vă rugăm să aveți neapărat în vedere că asigurarea familială simultană la mai multe case de asigurări de sănătate nu este permisă legal.

1. Datele generale ale membrului:

În această secțiune a chestionarului este obligatorie menționarea stării civile actuale, motivul și data de începere a asigurării familiale.

2. Date privind membrii familiei

Particularitate în cazul afilierii noi a copiilor

Anexați un certificat de naștere/un certificat de origine pentru fiecare copil care urmează a fi asigurat.

Copii cu dizabilități

Copiii care, din cauza unei dizabilități nu se pot întreține singuri, sunt asigurați, în anumite condiții, fără plata cotizației, peste vârsta de 23, respectiv 25 ani. Anexați certificatul medical corespunzător.

Particularități privind datele partenerului de căsătorie

Datele privind partenerul de căsătorie sunt necesare și dacă partenerul dvs. de căsătorie nu urmează să se afilieze la asigurarea familială a dvs. În acest caz, este necesar obligatoriu să menționați unde are partenerul dvs. de căsătorie asigurarea de sănătate (De ex.: Asigurat la: Numele celeilalte case de asigurări de sănătate sau asigurării de sănătate private).

În cazul în care partenerul dvs. de căsătorie este asigurat la o casă de sănătate legală, nu este nevoie de datele privind veniturile acestuia. În cazul în care partenerul dvs. de căsătorie este asigurat privat, avem nevoie de datele privind veniturile dvs. și ale partenerului dvs. de căsătorie. Venitul va fi dovedit prin copii (în cazul activităților independente, ultimul certificat valabil de venituri, ultimul stat de plată sau fluturaș de salariu, o dovadă actuală privind prestațiile primite din partea Agenției Federale pentru Ocuparea Forței de Muncă).

Dacă, pe de altă parte, partenerul dvs. de căsătorie nu este rudă cu niciunul din copiii asigurați prin asigurarea dvs. familială, nu sunt necesare datele personale ale acestuia. În aceste cazuri, menționați că nu există nicio relație de rudenie cu niciunul din copii.

3. Date generale privind membrii de familie

Rubrica: Relația de rudenie a membrului față de copil

Menționați aici relația de rudenie între dvs. și copil/copii, de ex. copil biologic, copil vitreg. În cazul asigurării copiilor vitregi sau nepoților, este necesară efectuarea unor verificări suplimentare. Vă vom transmite chestionarul corespunzător după ce am primit chestionarul privind familia, din partea dvs.

Rubrica: Partenerul de căsătorie este înrudit cu copilul?

Dacă partenerul de căsătorie este înrudit cu copilul respectiv, nu trebuie făcută nicio mențiune în această rubrică. Utilizați această rubrică numai dacă nu există nicio relație de rudenie.

4. Datele privind ultimei asigurări de până acum, sau a asigurării care continuă a membrilor de familie

În cazul în care partenerul dvs. de căsătorie este sau a fost asigurat la altă casă de asigurări de sănătate, respectiv în cazul în care copiii dvs. au fost asigurați la o altă casă de asigurări de sănătate, aceste rubrici trebuie completate obligatoriu, pentru a evita dubla asigurare.

5. Date generale privind membrii de familie

5.1 Ajutor de șomaj II

În cazul în care membrii de familie primesc ajutor de șomaj II, bifați rubrica și anexați și decizia actuală a centrului de ocupare a forței de muncă.

5.2 Frecvență școlară/studiu

În cazul copiilor care au depășit vârsta de 23 de ani, avem nevoie de o adeverință actuală de la școală sau o adeverință de studii. Adeverința școlară se eliberează de școală, de obicei de către secretariatul școlii. Adeverința de studii este obținută de studenți la începutul semestrului. Vă rugăm să ne transmiteți întotdeauna un exemplar al acesteia.

5.3 Serviciul militar sau civil

În cazul în care copilul dvs. a efectuat serviciul militar sau civil, menționați în această rubrică perioada efectuată și anexați o copie a adeverinței de efectuare a serviciului (în cazul în care nu ați depus deja adeverința odată cu celelalte solicitări).

Se poate încheia o asigurare familială numai dacă nu au fost depășite anumite limite de venituri. Menționați în următoarele rubrici veniturile membrilor familiei dvs.

5.4 Se prestează o activitate independentă

În cazul în care copilul/copiii sau partenerul de căsătorie desfășoară o activitate independentă, bifați această rubrică. Menționați și datele privind veniturile acestora și anexați decizia fiscală de venituri actuală. Dacă mai sunt puncte de clarificat, vă vom contacta.

5.5 Activități mărunte

O activitate măruntă este un așa-numit "minijob". Dacă nu sunteți sigur dacă o activitate a unui membru al familiei reprezintă un "minijob", clarificați situația cu angajatorul, sau trimiteți o copie a statului de plată/fluturașului de salariu. Aveți în vedere că aici nu trebuie menționate în niciun caz activitățile independente. În acest scop, utilizați punctul 5.4.

5.6 Pensii

Menționați aici dacă copiii sau partenerul de căsătorie cu asigurare familială obțin venituri din pensii (de ex. pensie de urmaș, pensia minimă). În acest caz avem nevoie obligatoriu de copiii, de ex. a deciziei de pensionare. Datele și documentele justificative sunt neapărat necesare și în cazul obținerii de pensii de la asigurători din străinătate.

5.7 Alte venituri regulate în sensul Dreptului privind impozitul pe venit:

În cazul în care copiii dvs. sau partenerul de căsătorie cu asigurare familială obțin și alte venituri (de ex. salariu, din activități mai mult decât mărunte, Venituri din închirieri/arendă, investiții de capital) menționați acest lucru în rubricile corespunzătoare. În plus, anexați și copii actuale ale, de ex. deciziei de venit sau ale statului de plată sau fluturașului de salariu. **Dacă nu se obțin venituri regulate, barați rubrica respectivă.**

6. Atribuirea unui număr de asigurat de sănătate

Menționați aici numărul de asigurat de sănătate al membrilor familiei dvs. Dacă acestora nu li s-a atribuit încă niciun număr, respectiv dacă nu aveți numărul la îndemână, completați mențiunile ulterioare.

Semnături

Nu uitați să confirmați prin semnătura dvs. corectitudinea datelor menționate.