

התקשרות

ביטוח סוציאלי למקבלי גמלת אזרח



נא לסמן את המתאים.



ככלל, נא לא להגיש מסמכים מקוריים, אלא עותקים.



באתר www.jobcenter.digital תוכלו למצוא מידע על ההצעות הדיגיטליות שלנו, דף המידע II
 ה-SGB וספרי הקוד של הקוד החברתי (SGB I) וסעיפים 65א, ב, ג של הספר
 בכתובת: [nachrichten-sgb2@www.arbeitsagentur.de/](mailto:nachrichten-sgb2@www.arbeitsagentur.de)



הנתונים הבאים כפופים לסודיות חברתית (ראה "דף מידע (SGB II) המידע שלך נאסף על סמך
 סעיפים 65 - 60 של הספר הראשון של הקוד החברתי (SGB I) וסעיפים 65א, ב, ג של הספר
 העשירי של הקוד החברתי (SGB X) עבור ההטבות לפי הספר השני של הקוד החברתי (SGB II).
 אתה יכול לקבל מידע על הגנת נתונים ממרכז העבודה האחראי עליך וגם באינטרנט בכתובת
www.arbeitsagentur.de/datenernahme.

1. נתונים אישיים של המבקש

שם פרטי

שם משפחה	תאריך לידה
מספר קהילת הצרכים (אם זמינה)	

2. המידע בנספח זה מתייחס לאדם הבא:

קהילה של צורך 4

שם פרטי

שם משפחה	תאריך לידה
מספר זיהוי מס	
<p>מספר זיהוי המס מתבקש מכיוון שיש לדווח לרשויות המס על סבסוד ביטוח בריאות וסיעוד המשולמים לרשויות המס (סעיף 10 סעיף 4 משפטים 4 עד 6 לחוק מס הכנסה). השאילתה נעשית אך ורק למטרה זו.</p>	

3. סבסוד ביטוח בריאות וסיעוד אני מבקש סבסוד עבור הפקדות לביטוח בריאות וסיעוד.

<input type="checkbox"/>	שם משפחה	מספר קופת חולים/ מספר ביטוח
חברת ביטוח הבריאות		
שם המבוטח		
מוסד פיננסי של קופת חולים		
IBAN של חשבון ביטוח הבריאות		
כמות חודשית של דמי ביטוח וסיעוד		
סכום התרומה החודשי בתעריף הבסיסי באירו (רק לביטוח פרטי)		
<p>נא לספק הוכחה להודעה הנוכחית על סכום התרומה החודשית לביטוח בריאות וסיעוד וכן לביטוח פרטי הוכחת התרומה שתשלם בתעריף הבסיסי.</p>		



2

SV

עריכת הערות
למילוי מרכז העבודה בלבד

חותמת כניסה

מחלקה

קבוצה



תעודת תרומה



תעודת תרומה לתעריף יסוד

27. 4. ביטוח בריאות וסיעוד, אם קיים בעת הגשת הבקשה
גמלת אזרח לא קיים ביטוח

אנא מלא את הסעיף הבא רק אם אין לך או לאדם האחר כרגע ביטוח חובה סטטוטורי או משפחה או ביטוח בריאות וסיעוד מרצון או פרטי.

לאחרונה היה לי או לאדם השני ביטוח בריאות פרטי.
 אני או האדם האחר הוא או היה אחרון
-עצמאי במשרה מלאה או -מבוטח או זכאי לתגמולים במקרה של מחלה בהתאם לתקנות או עקרונות שירות המדינה (למשל עובדי מדינה, חיילים ארעיים וחיילים מקצועיים).

אני או האדם השני הגענו לגיל 55 ולא הייתי מבוטח כחוק בחמש השנים האחרונות לפני קבלת גמלת אזרח
היה לפחות שנתיים וחצי
-פטור מביטוח או -פטור מביטוח חובה או -לא חייב בביטוח עקב מימוש פעילות עצמאית במשרה מלאה.

אם אחד מהתנאים האמורים חל עליך או על האדם האחר, האדם הנוגע בדבר זכאי לכך
אדם אינו חייב בביטוח בריאות וסיעוד עקב קבלת גמלת אזרח.
עם זאת, אתה יכול להגיש בקשה לסבסוד לפי סעיף 3 אם אתה או האדם האחר מבטח את עצמך באופן פרטי או מרצון בביטוח בריאות סטטוטורי. אם הדרישות הנ"ל אינן חלות עליך או על האדם האחר, זה חל בדרך כלל

ביטוח חובה עקב קבלת גמלת אזרח. אנא בחר חברת ביטוח בריאות סטטוטורית והצג את תעודת החברות שלך תוך שבועיים.

קיבלתי את העלון "סבסוד דמי ביטוח לביטוח בריאות וסיעוד" (§ 26 SGB II) ואני יודע את תוכנו.
מודיעים לי על זכותי לעבור לתעריף הבסיסי. הודיתי שאם אהיה מבוטח בביטוח בריאות וסיעוד בהשתתפות עצמית ואשאר בתוכנית זו, אצטרך לשאת בעצמי בהשתתפות עצמית והדבר עלול לגרום לי לעומס כספי.

מודיעים לי כי כבעל ביטוח בריאות וסיעוד פרטי, אצטרך לשלם את חלק התרומה הגבוה ממחצית התעריף הבסיסי אם לא אנצל את האפשרות לעבור לתעריף היסודי.

מקום, תאריך | חתימת בעל הביטוח
(לקטינים: חתימת הנציג המשפטי)

קראתי את "דף מידע לזכאים לתגמולים ללא ביטוח בריאות וסיעוד" ומעודכנתי על החובה החוקית לבטח את עצמי מפני סכנת מחלה וסיעוד, וכן על השלכות של אי ביטוח.

מקום, תאריך | חתימת מי שאינו מבוטח (לקטינים: חתימת הנציג המשפטי)

אני מאשר שהמידע נכון.

מקום, תאריך | חתימת המבקש (לקטינים: חתימת הנציג המשפטי)

עריכת הערות
למילוי מרכז העבודה בלבד

תעודת חבר

עלון "סבסוד KV/PV".

עלון "LB בלי KV/PV".

בדברים הבאים
קטעים היו בפנים
נוכחות הלקוח
שינויים שבוצעו בלקוח:

סימן יד, תאריך

חתימת הלקוח