



In den letzten 5 Jahren vor der Antragstellung war ich Mitglied folgender Krankenkassen

Krankenkasse bis vom  
**مؤسسة التأمين الصحي** إلى من

Krankenkasse bis vom  
**مؤسسة التأمين الصحي** إلى من

Die Mitgliedschaft bei meiner bisherigen Krankenkasse endet am  
 تنتهي عضويتي في مؤسستي الحالية للتأمين الصحي في:

ضع علامة عند الصحيح  X

Familienversicherung **التأمين العائلي**

Ich habe Familienangehörige, die bei der KNAPPSCHAFT beitragsfrei mitversichert werden sollen. **لدي أقارب أريد تأمينهم معي في مؤسسة KNAPPSCHAFT من غير دفع اشتراكات.**

ja (Bitte senden Sie mir den Antrag zur Familienversicherung zu.)  نعم (أرجو منكم إرسال استمارة طلب التأمين العائلي إليّ)

nein  لا

Pflegeversicherung **تأمين الرعاية**

Ich habe Familienangehörige, die bei der KNAPPSCHAFT beitragsfrei mitversichert werden sollen. **لقد قمت بإبرام عقد تأمين رعاية مع إحدى مؤسسات التأمينات الخاصة.**

Die Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung **وبخصوص الإعفاء من واجب تأمين الرعاية**

wurde bereits ausgesprochen  **فإنه قد تمت الموافقة عليه،**

wird hiermit beantragt  **فإنني أطلب الإعفاء الآن.**

طبقاً لمبادئ قانون / لائحة الموظفين الحكوميين في حالات المرض والحاجة إلى الرعاية فإن لي حقوقاً خاصة في المساعدة (Beihilfe) أو الرعاية الصحية **○**

Ich habe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen / Vorschriften bei Krankheit und Pflege einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge

Der Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung ist von mir nicht zu zahlen, da ich ein Kind habe / hatte. **○ لا يلزمي دفع الرسوم الإضافية لتأمين الرعاية لأنه (كان) لي طفل.**

Name, Vorname, Geb.-Datum eines Kindes **اللقب، الاسم، تاريخ ميلاد أحد الأطفال**

الإثبات لكوني والداً/والدة (مثل شهادة ميلاد، مستخرج من دفتر العائلة) **○**

Ein entsprechender Nachweis über meine Elterneigenschaft (z. B. Geburtsurkunde, Auszug aus dem Stammbuch) **تم إرفاقه بهذا الطلب.**  **is dem Antrag beigefügt.**

قد تم تقديمه من قبل.  **liegt bereits vor.**

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arbeitgeber die zu zahlenden Beiträge zusammen mit den übrigen Sozialversicherungsbeiträgen an die KNAPPSCHAFT überweist.

Beitragszahlung **دفع الاشتراكات**

○ **إني موافق على أن يقوم موظفي تحويل اشتراكاتي الواجبة دفعها مع باقي اشتراكات التأمين الاجتماعي إلى مؤسسة KNAPPSCHAFT.**

○ **إني أريد أن يتم سحب اشتراكاتي للتأمين الصحي وتأمين الرعاية من حسابي مباشرة عن طريق الخصم المباشر.** أرجو منكم إرسال استمارة توكيل الخصم المباشر.

○ **سأقوم بتحويل الاشتراكات الشهرية لمؤسسة KNAPPSCHAFT للتأمين بنفسني إلى أجل الاستحقاق (اليوم 15 للشهر التالي).**

○ **سأقوم بمصلحة الشؤون الاجتماعية المحلية بدفع الاشتراكات عني.**

Ich werde die monatlichen Beiträge zum Fälligkeitstermin (15. des Folgemonats) selbst an die KNAPPSCHAFT überweisen. **Die Beitragsübernahme erfolgt zu Lasten des örtlichen Sozialamtes.**

Beitragsmeldung an die Finanzverwaltung **إعلام الإدارة المالية بالاشتراكات المدفوعة**

○ **أنا موافق على أن مؤسسة KNAPPSCHAFT للتأمين الإدارية المالية بقدر اشتراكاتي للتأمين الصحي ولتأمين الرعاية وبالاشتراكات التي تم تعويضها - إن وجدت - وبالعلاوات والمكافآت - إن وجدت - في سنة العضوية المعينة.**

Ich bin damit einverstanden, dass die KNAPPSCHAFT die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie die eventuell erstatteten Beiträge oder geleisteten Prämien bzw. Bonuszahlungen an die Finanzverwaltung übermittelt.

رقمي الخاص للشؤون الضريبية هي:

Meine persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke

○ **إن لم يمكن ذكر الرقم الخاص للشؤون الضريبية فيحقّ مؤسسة KNAPPSCHAFT للتأمين - إن تمت الموافقة على إيصال المعلومات إلى الإدارة المالية - أن تستفسر الدائرة المركزية للضرائب عن الرقم الضريبي.**

Kann die Steueridentifikationsnummer nicht angegeben werden, ist die KNAPPSCHAFT mit der Einwilligung in die Datenübermittlung auch berechtigt, die Steueridentifikationsnummer beim Bundeszentralamt für Steuern zu erfragen.

○ **لا أريد أن يتم إيصال المعلومات إلى الإدارة المالية.** Ich wünsche keine Übermittlung meiner Daten an die Finanzverwaltung.

يرجى إرفاق إثباتات أو إفادات التعديل لجميع أنواع الدخل. يمكنك بذلك اجتناب استفسارات من قبلنا في المستقبل. وفي حالة أن لا تكون ملزمًا بدفع ضريبة الدخل فالمرجو منك إثبات قدر الدخل من خلال مستندات مناسبة.

Bitte reichen Sie für alle Einkünfte entsprechende Einkommensnachweise / Anpassungsmitteln ein. Hierdurch vermeiden Sie Rückfragen. Besteht keine Einkommensteuerpflicht, bitten wir anhand geeigneter Unterlagen die Höhe Ihrer Einkünfte nachzuweisen.

أحصل على الدخل الإجمالية التالية: Ich habe folgende Brutto-Einnahmen

يورو Euro	شهريا mtl.	Arbeitsentgelt (Lohn / Gehalt, auch aus einer geringfügigen Beschäftigung)	راتب (أجر / مرتب، وإن كان من خلال عمل ضئيل الحجم)
			المبالغ التي يتم دفعها مرة واحدة في السنة
		Euro und يورو و	und am وفي
		jährliche Einmalzahlungen in Höhe von بقدر	
(Fügen Sie bitte Lohn- / Gehaltsnachweise sowie Nachweise über die Sonderzuwendungen bei.) (يرجى إرفاق إثباتات الراتب / الأجر وإثباتات الدفعات الخاصة.)			
<b>معاش (ات) تأمين المعاش القانوني (يُعتبر المعاش من الخارج أيضا) Rente(n) der gesetzlichen Rentenversicherung (auch ausländische Renten)</b>			
- لا تُعتبر معاشات مؤسسة تأمين الرعاية Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ولا الإعانة من أجل الاشتراكات - - ohne Rente der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und ohne Beitragszuschuss -			
يورو Euro	شهريا mtl.		Rentenversicherungsträger: اسم مؤسسة تأمين الرعاية:
(يرجى إرفاق إفادة الحصول على المعاش / إفادة تعديل قدر المعاش الحالية)			
(Fügen Sie bitte den aktuellen Renten- / Anpassungsbescheid bei.)			
يورو Euro	شهريا mtl.		Rentenversicherungsträger اسم مؤسسة تأمين الرعاية:
(يرجى إرفاق إفادة الحصول على المعاش / إفادة تعديل قدر المعاش الحالية)			
(Fügen Sie bitte den aktuellen Renten- / Anpassungsbescheid bei.)			
يورو Euro	شهريا mtl.		<b>استحقاقات معاشية</b> (مثل المعاش المهني، معاشات إضافية، معاشات حكومية)
- إن كانت لك استحقاقات معاشية أخرى فالمرجو ذكرها في الورقة الخاصة بالإضافات - - Bitte ggf. weitere Versorgungsbezüge auf Ergänzungsblatt angeben -			
Zahlstelle: جهة الدفع:			
يورو Euro	بواقع in Höhe von		jährliche Einmalzahlungen مبالغ يتم دفعها مرة واحدة في السنة
Kapitalleistung aus Direktversicherung / Kapitallebensversicherung / Kapitalabfindung ausgezahlt am			
استحقاقات يتم دفعها دفعة واحدة، تحصل عليها بسبب تأمين مباشر / تأمين على الحياة / تعويضات الإقالة، تم دفعها في: _____ Euro und/oder ggf. privat finanziert in Höhe von Euro وتم تمويل يورو منها من قبل الشركة و/أو تم تمويل يورو منك بصفة خاصة			
(يرجى إرفاق مستندات تثبت الحصول على الاستحقاقات المعاشية أو إثبات دفع المبالغ التي يتم دفعها مرة واحدة.) (Fügen Sie bitte den aktuellen Bescheid über die Versorgungsbezüge bzw. den Nachweis über die Einmalzahlung bei.)			
<b>إيرادات من العمل المستقل Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit</b>			
تم إرسال إعلام ضرائب الدخل خلال الـ 18 أشهر الماضية Innerhalb der letzten 18 Monate wurde ein Einkommensteuerbescheid			
erteilt <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا erteilt nicht			
يورو Euro	سنويا jährlich		قدر الدخل حسب التحديد الأخير لضريبة الدخل المؤرخ في _____ Einnahmen lt. letzter Einkommensteuerfestsetzung vom
يورو Euro	شهريا mtl.		Verlust <input type="checkbox"/> خسارة <input type="checkbox"/> Gewinn <input type="checkbox"/> ربح
معونة التأسيس من قبل مكتب العمل منذ _____ Gründungszuschuss von der Agentur für Arbeit ab			
(يرجى إرفاق إعلام ضريبة الدخل الحالي و - إن وُجدت - إفادة الحصول على معونة التأسيس من قبل مكتب العمل) (Fügen Sie bitte den aktuellen Einkommensteuerbescheid und ggf. den Bescheid über den Zuschuss der Agentur für Arbeit bei.)			
<b>إيرادات الإيجار والتأجير Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung</b>			
يورو Euro	سنويا jährlich		حسب التحديد الأخير لضريبة الدخل المؤرخ في _____ lt. letzter Einkommensteuerfestsetzung vom
يورو Euro	سنويا jährlich		Verlust <input type="checkbox"/> خسارة <input type="checkbox"/> Gewinn <input type="checkbox"/> ربح
(يرجى إرفاق إعلام ضريبة الدخل الحالي.) (Fügen Sie bitte den aktuellen Einkommensteuerbescheid bei.)			
يورو Euro	سنويا jährlich		<b>عوائد الأصول الرأسمالية Einnahmen aus Kapitalvermögen</b>
(يرجى إرفاق المستندات المناسبة.) (Fügen Sie bitte geeignete Einkommensnachweise bei.)			
<b>مكافآت، تعويضات أو مخصصات متشابهة Abfindung, Entschädigung oder ähnliche Leistungen</b>			
(مترتبة على إنهاء علاقة عمل) (wegen Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses)			
يورو Euro	بواقع in Höhe von		في يوم _____ am
(يرجى إرفاق مستندات مناسبة، مثل العقد المختص أو الاتفاقية أو الخطة الاجتماعية للشركة.) (Fügen Sie bitte zusätzlich entsprechende Unterlagen, z. B. Vertrag, Vereinbarung oder Sozialplan bei.)			

تابع في ظهر الورقة

## معلومات بخصوص التأمين الاختياري – يمكنك استبقاء هذه الورقة عندك

### من يمكنه إبرام عقد تأمين اختياري؟

- دخول العمل المستقل
- جميع الإيرادات الأخرى (مثل مستحقات التقاعد بسبب حوادث، مستحقات التقاعد المترتبة على تأمين على الحياة وعقود أخرى، عوائد الأصول الرأسمالية، مكافآت، إيرادات الإيجار والتأجير، النفقة، الإعانة الاجتماعية، تعويضات الإقالة، إعانات مالية تم تمويلها بصفة خاصة).

إن بدأت العمل المستقل مؤخرًا ولا تعرف بعد قدر دخلك في المستقبل، فإننا سنقوم بتحديد أولي لاشتراكاتك بناء على تخمينك لدخلك. وعندما تبين قدر دخلك نهائيًا فإننا سنقوم بتحديد اشتراكاتك بأثر رجعي اعتبارًا من بداية عملك المستقل.

### أساس الحساب

إن كان دخلك الإجمالي أقل من الدخل الأدنى القانوني فإن الاشتراكات سيتم تحديدها على أساس هذا المبلغ الأدنى. وفيما عدا ذلك فإن الاشتراكات سيتم حس تحديدها ابها على أساس دخلك الفعلي بالترتيب القانوني إلى أن يبلغ الحد الأقصى من الدخل الخاضع للتأمين.

إن لم يكن لزوجك تأمين صحي حكومي ويزيد دخله على دخلك فيتم اعتبار دخل كل الزوجين في تحديد الحد الأقصى من الدخل الخاضع للتأمين. ويتم خصم ثلث المبلغ الشهري الذي يتم على أساسه تحديد الاشتراكات من دخل زوجك لكل طفل معال لكما لا يمكن تأمينه من خلال التأمين العائلي، وذلك فقط إن تم استبعاده من التأمين العائلي بالسبب الخاص. أما بخصوص الأطفال المؤمن عليهم من خلال التأمين العائلي فإنه سيتم خصم حُمس المبلغ الشهري الذي يتم على أساسه تحديد الاشتراكات لكل طفل. ويُعتبر في تحديد الاشتراكات دخولك أولًا ثم تضاف إليها دخول زوجك. ثم يتم شطر هذا المبلغ نصفين فيتم اعتباره بقدر نصف الحد الأقصى من الدخل الخاضع للتأمين على أقصى تقدير.

أما من له تأمين اختياري من تلاميذ الدراسة الفنية وتلاميذ الدراسة المهنية والطلاب المسجلين في جامعة حكومية أو معترفة بها من قبل الحكومة في الخارج، فإن اشتراكاتهم يتم تحديدها كما عند الطلاب الخاضعين للتأمين الإلزامي على أساس مبلغ الاحتياج المحدد في القانون الاتحادي لدعم التعليم.

وأما أعضاء التأمين الاختياري الذين يعملون بشكل مستقل وبدوام كامل فالمبلغ الخاضع للاشتراكات من الدخل هو الحد الأقصى للدخل الخاضع للتأمين. وإن تم إثبات أن الدخل يقل عن ذلك فيتم تحديد الاشتراكات على أساس 75 بالمائة من المبلغ المرجعي الشهري على الأقل. وفيما يخص الذين يحصلون على إعانة التأسيس من قبل مكتب العمل فالدخل الخاضع للاشتراكات التأمين هو ستون جزءًا من مائة جزء من المبلغ المرجعي الشهري على الأقل، شريطة أن لا يزيد الدخل الفعلي للمؤمن عليه على هذا المبلغ الأدنى من الدخل. وبدءًا من يوم 2018/01/01 يتم تحديد الاشتراكات من خلال نظام ذي مرحلتين. وطبقًا لهذا النظام يتم تحديد الاشتراكات بالشكل التالي: يُضاف دخول العمل المستقل إلى إيرادات التأجير والإيجار إن وُجدت، فتُحدد الاشتراكات في المستقبل بشكل أولي على أساس إعلام ضريبة الدخل الرسمي الحالي، ثم يتم تحديدها بشكل نهائي بعد تقديم إعلام ضريبة الدخل الجديد بأثر رجعي للسنة التقويمية – بدءًا من يوم 2018/01/01. وإن توفرت الشروط المطلوبة فيمكن تقديم طلب لتقليل المبلغ الذي يتم تحديد الاشتراكات في المستقبل (لا فيما مضى) على أساسه. وللمزيد من المعلومات عن ذلك انظر كتيب المعلومات الخاص: الشروع في الأعمال الجديدة على أساس خطة معلومات للعاملين بشكل مستقل ومؤسسي مشروعات جديدة (Mit Plan ins neue Business. Eine Information für Selbstständige und Existenzgründer). وإلى جانب دخلك فمن العوامل الحاسمة لتحديد اشتراكاتك معدّل الاشتراكات (Steuersatz).

- أشخاص ليسوا مُلزَمين بالتأمين الإلزامي (مثلًا بسبب ترك العمل الخاضع للتأمين أو إنهاء عقد تأمين صحي خاص بالطلبة).
- أشخاص غير خاضعين للتأمين العائلي (مثلًا بسبب الطلاق أو العمل بشكل مستقل أو تجاوز الحد الأقصى للسّن فيما يخص الأطفال).
- الأطفال الذين لا يمكن تأمينهم في إطار التأمين العائلي بأسباب قانونية، وذلك إذا كان لأحد الوالدين – الذي أَسفد التأمين العائلي من تأمينه - تأمين لمدة 24 شهر على الأقل من غير انقطاع خلال السنوات الخمس الأخيرة قبل الاستبعاد من التأمين، أو إذا قد كان له تأمين لمدة 12 شهر على الأقل من غير انقطاع قبل وقت الاستبعاد من التأمين مباشرة.

### كيف أصبح عضواً في التأمين الاختياري؟

تتم مواصلة تأمين إلزامي منقضي أو تأمين عائلي منقضي كتأمين اختياري تلقائياً (وهذا يُسمّى تأمين تواصل إلزامي). لا يجب تقديم طلب التسجيل في التأمين الاختياري، ولكن يجب تقديم البيانات المذكورة في الاستمارة المرفقة من أجل تحديد قدر الاشتراكات.

وإن كان لديك أطفال لا يمكن تأمينهم من خلال التأمين العائلي فيجب تقديم هذا الطلب بعد ولادة الطفل بثلاثة أشهر على أقصى تقدير.

### متى تبدأ العوضيّة الاختيارية؟

يبدأ تأمينك الاختياري

- في حالة إنهاء عضويتك في التأمين الإلزامي في اليوم الذي يلي تاريخ الاستبعاد من التأمين الإلزامي،
  - في حالة الاستبعاد من التأمين العائلي ففي اليوم التالي،
  - وفيما عدا ذلك: في يوم التسجيل في مؤسسة KNAPPSCHAFT، إذا تم تقديم تأكيد إنهاء العضوية من قبل مؤسسة تأمينك السابقة.
- ويبدأ التأمين الاختياري في حق الأطفال الذين لا يمكن تأمينهم من خلال التأمين العائلي في يوم ولادتهم.

### هل يحقّ لمن يعمل مستقلاً بدوام كامل الحصول على الإعانة المرضية؟

ليس لمن يعمل مستقلاً بدوام كامل حق قانوني في الحصول على الإعانة المرضية. يمكنهم في هذه الحالة اختيار عقد تأمين يتضمن الحق في الإعانة المرضية، وذلك مقابل دفع اشتراكات بقدر الاشتراك العام؛ أو أن يرموا عقد تعريفية اختيارية يحقّ لهم من خلاله الحصول على الإعانة المرضية إضافة إلى الإعانة المرضية القانونية بدءًا من اليوم الخامس عشر أو الثاني وعشرين بعد عدم القدرة على مواصلة العمل.

### ما هو قدر اشتراكاتي؟

#### معلومات عامة

أنواع الدخل المعتمدة في حساب اشتراكات التأمين هي:

- راتب
- مستحقات تأمين المعاش القانوني (وإن كانت من الخارج)
- استحقاقات معاشية أخرى (مثل معاشات مهنية)

ويعتبر في ذلك أيضا المبالغ التي يتم دفعها دفعة واحدة نتيجة إبرام عقد تأمين مباشر أو إبرام عقد تأمين على الحياة يُعفى صاحبه بسببه من واجب تأمين المعاش؛ ولكن القدر المعتمد هو الذي تم تمويله من قبل الشركة التي عمل فيها فقط.

ويمكنك الاطلاع على:

- الحد الأقصى للدخل الخاضع لاشتراكات التأمين
  - المبلغ المرجعي
  - الدخل الأدنى القانوني
  - معدّل الاشتراكات
- خلال الوثائق المرفقة.

#### متى وكيف يتم دفع الاشتراكات؟

مبدئياً يلزم دفع الاشتراكات في اليوم الخامس عشر (15) في الشهر الذي يلي الشهر الذي يتم دفع الاشتراكات له. أي: يجب دفع الاشتراك بحيث يكون متوقفاً لمؤسسة KNAPPSCHAFT في اليوم الخامس عشر (15) في الشهر القادم.

يمكنك دفع الاشتراكات بشكل سهل من خلال نظام-SEPA للخصم المباشر. بذلك يمكنك توفير وقت وتكاليف إضافية. وبالطبع يتم إخبارك بأي تعديلات في تحديد الاشتراكات في هذه الحالة أيضاً.

إن كنت متقاعدًا ولك تأمين اختياري فإنّ لك حقًا في مساعدة مالية من أجل التكاليف المترتبة على التأمين الصحي. وتحصل على هذه المساعدة المالية من مؤسسة تأمين معاش التقاعد بعد تقديم طلب. ويمكنك الحصول على استمارة الطلب عندنا.

أما الموظفون الذين لهم تأمين اختياري بسبب تجاوز حدّ الدخل السنوي، فيمكن لموظفهم أن يدفع اشتراكات التأمين الصحي لمؤسسة KNAPPSCHAFT مع باقي اشتراكات التأمين الاجتماعي. وتحصل على مساعدة مالية من قبل موظفك لاشتراكات التأمين الصحي وتأمين الرعاية.

#### متى تنتهي عضويتي في التأمين الاختياري؟

تنتهي عضويتك في حالة دخولك في التأمين الإلزامي، مثلا إن بدأت عملا خاضعا للتأمين الإلزامي أو إن تم تسجيلك في التأمين الصحي الخاص بالمتقاعدين.

وفيما عدا ذلك فلا تنتهي عضويتك في التأمين الاختياري إلا إذا قدمت طلبا كتابيا لإنهاء التأمين. ومدة الإشعار هي شهران كاملان ولا يتم تنفيذ إنهاء التأمين إلا إذا كنت عضوا لمدة 18 شهرا على الأقل قبل الإنهاء.

استثناء: إن كان لك حقّ في تأمين عائلي فإنّ التأمين الاختياري سينتهي مع بداية التأمين العائلي مباشرة.

وفي حالة تغيير التأمين من خلال التسجيل في التأمين الصحي الخاص فلا توجد مدة تُمنع خلالها من إنهاء التأمين.

#### لماذا يجب إخبار الإدارة المالية بقدر الاشتراكات؟

يجب على مؤسسات التأمين الصحي في إطار قانون تخفيف عبء المواطنين فيما يتعلق بالتأمين الصحي تزويد الإدارة المالية ببعض المعلومات المتعلقة باشتراكات الأعضاء. تُعتبر الاشتراكات مصاريف خاصة فهي تؤدي إلى تقليل الدخل الخاضع لضريبة الدخل وبذلك إلى تقليل الضرائب التي يجب عليك دفعها.

تقوم مؤسسة KNAPPSCHAFT بصفتها مؤسسة للتأمين الصحي بإخبار الإدارة المالية بقدر الاشتراكات التي دفعها أعضاؤها للتأمين الصحي وتأمين الرعاية في السنة المنقضية إلى يوم 28 لشهر فبراير للسنة القادمة على أقصى تقدير. ولا يمكن إيصال تلك المعلومات إلا عن الأعضاء الذين وافقوا على إيصال المعلومات إلى الإدارة المالية. ونتيجة إخبارنا الإدارة المالية يتم اعتبار الاشتراكات المدفوعة في تحديد ضرائب الدخل التي يجب عليك دفعها. ويتم إرسال نسخة من رسالتنا إلى الإدارة المالية بخصوص اشتراكاتك إليك تلقائيا.

وان لم توافق على إيصال المعلومات إلى الإدارة المالية فلا يمكن اعتبار جميع اشتراكاتك التي دفعتها للتأمين الصحي وتأمين الرعاية عند تحديد ضرائب الدخل؛ بل يمكن اعتبارها فقط بشكل مبلغ ثابت بصفتها "مصاريف احتياطية أخرى".

أما المعلومات المتعلقة بالاشتراكات أو إعانة الاشتراكات التي يتم دفعها أو حجزها من قبل الموظف أو من قبل مؤسسة تأمين معاش التقاعد فيقوم بإيصالها إلى الإدارة المالية إما الموظف من خلال الإخطار الإلكتروني لضريبة الرواتب والأجور وإما مؤسسة تأمين معاش التقاعد من خلال إخطار تقاضي المعاشات التقاعدية.

ويجب إخبار الإدارة المالية أيضا بالاشتراكات التي تم تعويضها أو بالمكافآت التي تم دفعها (مثلا للتعريفية الاختيارية Selbsterhalt أو Leistungsfreiheit أو prosper / proGesund) أو العلاوات التي يُحصل عليها مقابل نمط حياة صحي. أما العلاوات التي تدفعها أنت لتعريفات اختيارية وتأمينات إضافية فلا يتم إخبار الإدارة المالية بها تلقائيا.

#### هل يمكن لزوجي أن يصبح عضوا في مؤسسة KNAPPSCHAFT للتأمين أيضا؟

بالطبع يمكن للأزواج المسجلين في مؤسسة تأمين صحي أخرى أن يصبحوا أعضاء في مؤسسة KNAPPSCHAFT. اتصلوا بنا لكي نُعلمكم بمزاياكم!

#### وفيما يخصّ تأمين الرعاية؟

من هو عضو في التأمين الصحي الحكومي بشكل اختياري فهو خاضع لتأمين الرعاية الاجتماعي إلزاميا. بشكل عامّ فإنّه يُعتبر في تحديد اشتراكات تأمين الرعاية نفس الدخل الخاضعة للاشتراكات التي يتم اعتبارها في تحديد اشتراكات التأمين الصحي. وإضافة إلى ذلك فإنّ دخول أعمال ضئيلة الحجم خاضعة لاشتراكات تأمين الرعاية.

**إيرادات أخرى**  **Sonstige Einnahmen** (u. a. Unfallrenten, Versorgungsrenten, Renten aus privater Lebensversicherung, Rentenabfindungen, Unterhaltszahlungen des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten, Sozialhilfe, Grundversicherungsleistungen, betriebliche Zuschüsse, betriebliche Sachbezüge oder Barabgeltungen, Deputate)

(مثل معاش الحوادث، معاشات يتم دفعها من قبل أحد الأقارب، معاشات مرتبّة على تأمين خاص على الحياة، تعويضات المعاش، نفقات يتم دفعها من قبل الزوج الذي يعيش منفصلاً أو الزوج المطلق، إعانات اجتماعية، استحقاقات أساسية، معونات مالية من قبل الشركة، قيم عينية يُحصل عليها من قبل الشركة، تعويضات نقدية، مستحقات)

نوع الدخل \_\_\_\_\_ نوع الإيرادات \_\_\_\_\_  
 in Höhe von mtl. Euro Euro Art der Einnahmen

نوع المبالغ التي يتم دفعها مرة واحدة \_\_\_\_\_  
 (يرجى إرفاق مستندات مناسبة للدخل المذكور) (Fügen Sie bitte geeignete Einkommensnachweise bei.)

Nachfolgende Angaben sind **nur dann erforderlich**, wenn Ihr Ehepartner nicht der gesetzlichen Krankenversicherung angehört, weil dieser beispielsweise als Beamter, Richter oder Berufssoldat Anspruch auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall besitzt und demzufolge privat krankenversichert ist.

**لا يجب تقديم البيانات الآتية إلا إذا كان زوجك غير مسجّل في التأمين الصحي الحكومي، لأنّه - على سبيل المثال - موظّف حكومي أو قاضي أو عسكري ويحقّ له في حالة المرض إعانات مالية من قبل الحكومة أو إعانة علاج فيكون له بذلك تأمين صحي خاص.**

ليس زوجي مسجّلاً في إحدى مؤسسات التأمين الحكومية. Mein Ehepartner gehört keiner gesetzlichen Krankenkasse an.

دخل زوجي الإجمالي هو \_\_\_\_\_ Die Brutto-Gesamteinnahmen meines Ehegatten betragen \_\_\_\_\_  
 المبالغ التي يتم دفعها مرة واحدة في السنة \_\_\_\_\_ jährliche Einmalzahlungen (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld) \_\_\_\_\_  
 في \_\_\_\_\_ وفي \_\_\_\_\_  
 Euro Euro in Höhe von und am am  
 und und

عدد أطفال الزوجين المعالين: \_\_\_\_\_ Anzahl der gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder \_\_\_\_\_

**بيانات بخصوص المعيشة** ANGABEN ZUM LEBENSUNTERHALT:

يقلّ دخلي عن الدخل الأدنى للمؤمنين عليهم من خلال تأمين اختياري (يمكنكم الاطلاع على قدر الدخل الأدنى الحالي من خلال الورقة المرفقة). يُضمّن رزقي للحياة من خلال: Meine Einnahmen liegen unter dem Mindesteinkommen für sonstige freiwillige Versicherte (den aktuellen Wert können Sie der beigelegten Anlage entnehmen). Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch \_\_\_\_\_

**أقوم بإرفاق المستندات التالية:** FOLGENDE ANLAGEN FÜGE ICH BEI:

تأكيد إنهاء عقد التأمين من قبل مؤسسة التأمين الصحي السابق Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse

صورة من التسجيل التجاري Kopie der Gewerbeanmeldung

إثباتات الدخل (مثلاً إعلام ضريبة الدخل)\* \* Einkommensnachweis (z. B. Einkommensteuerbescheid)

مصدّقة من مؤسسة التأمين الخاصّة / صورة من عقد تأمين الرعاية Bescheinigung des privaten Versicherungsunternehmens /  
 Kopie des Pflegeversicherungsvertrages

مصدّقة تنفيذ حقّي في المساعدة المرضية / مساعدة العلاج Bescheinigung über einen bestehenden Beihilfe- /  
 Heilfürsorgeanspruch

طلب التأمين العائلي Antrag auf Familienversicherung

خطاب بخصوص الإعانة المرضية للعاملين بشكل مستقلّ بدوام كامل Erklärung zum Krankengeld für hauptberuflich Selbstständige

\_\_\_\_\_

لقد استلمت منشور المعلومات حول التأمين الاختياري واطلعت عليه، وإني أوكد ذلك بتوقيعي أدناه. وأؤكد أنّ كلّ البيانات التي قدّمها مطابقة للواقع. وسأخبر مؤسسة KNAPPSCHAFT للتأمين بجميع التغيّرات التي تخصّ ظروف الشخصيّة فوراً وسأقدّم مستندات مناسبة لإثبات ذلك (مثل إعلام ضرائب الدخل). وإني على علم بأنّ تقديم بيانات غير صحيحة أو غير كاملة قد يؤدي إلى إعادة تحديد الاشتراكات بأثر رجعي.

Für Rückfragen erreichen Sie mich von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_  
 إلى \_\_\_\_\_ هاتفياً، رقم: \_\_\_\_\_  
 Uhr telefonisch unter \_\_\_\_\_

**توقيع مقدّم الطلب**

Unterschrift des Antragstellers

**تاريخ**

Datum

تنبيه بخصوص حماية البيانات الشخصية:

إنّا نقوم بجمع ومعالجة وحفظ البيانات وفق تعليمات قانون الشؤون الاجتماعية وقانون حماية البيانات. وبالطبع نقوم بحماية بياناتك.

Hinweis zum Datenschutz:

Wir erheben, verarbeiten und speichern Daten nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches sowie der Datenschutzgesetze. Die Daten werden selbstverständlich geschützt.

\* يمكنك - على سبيل المثال - شطب الأرقام التي لا تتعلق بشؤون التأمين الصحي أو تأمين الرعاية لكي تكون غير مقروءة لنا. ويمكن تقديم البيانات المطلوبة من خلال خطاب خاصّ يحزّره الخبير الضريبي أو مصلحة الضرائب، شريطة أن يتبين من خلاله تاريخ آخر إعلام الضرائب.

\* Zahlenmäßige Angaben, die für die Belange der Kranken- und Pflegeversicherung nicht von Bedeutung sind, können unkenntlich gemacht werden. Die Angaben können auch durch eine gesonderte Erklärung des Steuerberaters oder des Finanzamtes erbracht werden, aus der das Datum des letzten Einkommensteuerbescheides ersichtlich ist.

Das Merkblatt mit Informationen zur freiwilligen Versicherung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich werde jede Änderung in meinen persönlichen Verhältnissen der KNAPPSCHAFT unverzüglich mitteilen und geeignete Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unwahre oder nicht vollständige Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.