

vedrørende førelse af folkeregistre og anmeldelser til disse samt for samarbejde mellem registrene og sygekasserne, som skønnes at ville fremme indmeldelsen i kasserne og medvirke til forsikringens opretholdelse gennem disse. I forbindelse hermed pålægges det folkeregistre og sygekasser at foranledige, at personer, der ikke ses at have opfyldt deres forpligtelse til at stå som medlem af en sygekasse, registreres som bidragydende medlemmer af vedkommende sygekasse fra det tidspunkt, da optagelse skulle søges.

§ 8. Forinden en person kan optages som eller overgå til at være nydende medlem af en anerkendt sygekasse, må pågældende afgive erklæring på tro og love om størrelsen af sin årlige indtægt samt om, hvorvidt han er medlem af anden sygeforsikring, eller der på anden måde er sikret ham hjælp i sygdomstilfælde. Den nævnte erklæring skal afgives på en af direktøren for sygekassens væsenet godkendt blanket. Bestyrelsens afgørelse om optagelse skal foreligge inden 1 måned efter erklæringens modtagelse.

§ 9. De nydende medlemmer af en anerkendt sygekasse henføres til følgende medlemsgrupper:

Gruppe A: Nydende medlemmer, hvis skattepligtige indtægt ikke er over den i stk. 2 fastsatte grænse.

Gruppe B: Nydende medlemmer, hvis skattepligtige indtægt er over den i stk. 2 fastsatte grænse.

Stk. 2. Indtægtsgrænsen udgør for forsørgere 23.400 kr. For ikke-forsørgere udgør grænsen 75 pct. af grænsen for forsørgere, jfr. dog stk. 2 a. Grænsen reguleres én gang årligt med virkning fra 1. januar, således at den forhøjes eller nedsættes i forhold til ændringerne af faglærte arbejders årsindtægt ved fuld beskæftigelse, beregnet på grundlag af de af landsstyret senest meddelte oplysninger om den gennemsnitlige timefortjeneste ekskl. overtidstillæg. Reguleringen sker første gang pr. 1. januar 1970 på grundlag af de siden august 1968 indtrufne ændringer i den beregnede årsindtægt. Grænserne afrundes til nærmeste kronebeløb, der kan deles med 100. For forsørgere af et eller flere børn under 16 år forhøjes grænsen med 2.175 kr. for hvert

barn. Dette beløb reguleres efter samme regler som indtægtsgrænsen og afrundes til nærmeste kronebeløb, der kan deles med 25.

Stk. 2 a. Indtægtsgrænsen for ikke-forsørgere er dog 23.400 kr., medmindre den i henhold til reguleringsbestemmelsen i stk. 2 ville udgøre et højere beløb.

Stk. 3. Socialministeren fastsætter i øvrigt de nærmere betingelser for medlemskab i en anerkendt sygekasses medlemsgruppe A, herunder hvilke personer der skal stilles som forsørgere.

§ 10. Hvert år, efter at socialministeren har fastsat de i § 9, stk. 2, nævnte indtægtsgrænser, foretager enhver sygekasse en sammenligning mellem kassens fortegnelse over medlemmer i gruppe A og en fra de centrale skattemyndigheder modtaget liste over de skatteydere, hvis skattepligtige indkomst ligger over de i § 9, stk. 2, fastsatte grænser. Skattemyndighederne er forpligtet til at stille den nævnte liste til sygekassens rådighed. På grundlag af dette materiale, der ikke må offentliggøres, overføres de medlemmer, der efter deres økonomiske stilling ikke længere kan forblive som nydende medlem i gruppe A, til gruppe B; medmindre de begærer sig overført til bidragydende medlemskab.

Stk. 2. I tilfælde, hvor indtægtsforholdene for et medlem, der efter reglen i stk. 1 henføres til gruppe B, undergår en pludselig og varig forandring, der f. eks. skyldes, at en forsørgere er afgået ved døden, eller at den pågældende har mistet sit arbejde, vil medlemmet efter ansøgning kunne henføres til gruppe A, såfremt størrelsen af den forventede fremtidige indtægt er under den i § 9, stk. 2, omhandlede grænse.

Stk. 3. Afgørelse efter stk. 2 træffes af et udvalg, der nedsættes af socialministeren, og som består af 3 medlemmer, hvoraf et udpeges af rigsombudsmanden, et af landsstyret og et af Centralforeningen af Sygekasser på Færøerne. Socialministeren fastsætter de nærmere regler om udvalgets virksomhed.

Stk. 4. For udvalget kan endvidere indbringes andre spørgsmål om, hvorvidt et nydende medlem skal henføres til gruppe A eller B. Spørgsmålet kan indbringes af medlemmet selv eller af en læge, der benyttes af sygekassen.