

Твоите формуляри за кандидатстване.

**Много *лесно*
е да станеш член.**

Става по-бързо, отколкото си мислиш.

mhplus
Krankenkasse.

Ако имаш
въпроси:
Обади ни се!
07141 9790-1000

Изпрати ни заявление.

В тази брошура ще намериш всички формуляри,
от които се нуждаеш. Трябва ти четвърт
час. Това е всичко, от което се нуждаеш.
И членството ти е почти готово.

Или го направи
лесно онлайн:



Попълва се от mhplus: Номер на агент / Фамилно име, собствено име на служител (Das füllt die mhplus aus: Vermittlernummer / Name, Vorname Mitarbeiter)

Бих искал(а) от (Ich möchte ab dem) да стана задължителен член (Pflichtmitglied) доброволен член на mhplus. (freiwilliges Mitglied der mhplus werden.) Aracı numarası (Vermittlernummer)

Моите данни (Meine Daten)

Фамилно име (Name) Собствено име (Vorname)
 Улица (Straße) номер (Hausnummer)
 Пощенски код (PLZ) Населено място (Ort)
 Националност (Nationalität) Федерална провинция (Bundesland)
 Телефон (по избор) (Telefon) (freiwillige Angabe) Имейл (E-Mail) (по избор) ((freiwillige Angabe))
 Семейно положение (Familienstand) Пол (Geschlecht) жена (ж) (weiblich (w)) мъж (м) (männlich (m)) друго (д) (divers (dj)) неопределен (х) (unbestimmt (x))

Социалноосигурителен номер (Sozialversicherungsnummer)

Все още нямам социалноосигурителен номер. Моля, заявете го за мен със следните данни:
(Ich habe noch keine Sozialversicherungsnummer. Bitte beantragen Sie diese für mich mit den folgenden Angaben:)

Дата на раждане (Geburtsdatum) Моминско име (Geburtsname)
 Място на раждане (Geburtsort) Държава на раждане (Geburtsland)

Моят данъчен номер (Meine Steuer-ID)

(Намира се във Вашето данъчно известие) ((Diese steht auf Ihrem Steuerbescheid.))

Причина за членство (Anlass der Mitgliedschaft)

Моето осигурително правоотношение се промени. (Mein Versicherungsverhältnis hat sich geändert.) Моите осигурително правоотношение не се е променило повече от 12 месеца. (смяна на каса при непроменено осигурително правоотношение) (Mein Versicherungsverhältnis ist seit mehr als 12 Monaten unverändert. (Kassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis))
 Предишната ми здравноосигурителна каса увеличи размера на допълнителната вноски. (Meine bisherige Kasse hat den Zusatzbeitragssatz erhöht.) За първи път започвам работа в Германия. (Ich nehme erstmals eine Beschäftigung in Deutschland auf.)
 За първи път започвам работа в Германия. (Ich nehme erstmals eine Beschäftigung in Deutschland auf.) Други (Sonstiges:)

Аз (Ich) работя (arbeite) чиракувам (mache eine Ausbildung) уча дуално (моля, приложете удостоверение за обучение) (studiere dual (bitte Studienbescheinigung mitsenden)) съм работещ студент (bin Werkstudent)

Аз съм работещ(а) и съм доброволен осигурен(а). Годишната ми заплата е над 69 300,00 евро.
(Ich bin angestellt und freiwillig versichert. Mein Jahresgehalt liegt über 69.300,00 Euro.)
 Работодателят ми плаща вноските за доброволен здравно осигуряване и за осигуряване за медико-социални грижи.
(Mein Arbeitgeber führt die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung ab.)
 Сам(а) си плащам вноските за доброволен здравно осигуряване и осигуряване за медико-социални грижи на mhplus.
(Ich zahle die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung selber an die mhplus.)

Данни за изчисляване на вноската за осигуряване за медико-социални грижи: Имам деца (моля приложете удостоверение за документ).
(Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung: Ich habe Kinder (bitte Nachweis mitsenden).)

Получавам обезщетение за безработица/гражданско обезщетение (Bürgergeld) (моля, приложете уведомление). Кандидатствах за (Ich habe Arbeitslosengeld) обезщетение за безработица (Arbeitslosengeld) гражданско обезщетение (Bürgergeld) (Bürgergeld beantragt.)

Забележка: Други групи лица – моля, попълнете следващата част от страницата (Hinweis: Weitere Personengruppen - bitte Folgeseite ausfüllen)

Данни за работодателя (моля, попитайте работодателя за фирмения номер – винаги е с 8 цифри). (Angaben zum Arbeitgeber (Betriebsnummer bitte beim Arbeitgeber erfragen – immer 8-stellig.))

Име на дружеството (Firmenname) Телефон (Telefon)
 Адрес (Adresse)
 Фирмен номер (Betriebsnummer) нает от (beschäftigt seit)

Други данни (моля, отбележете приложимото) (Sonstige Angaben (bitte zutreffendes ankreuzen))

Аз допълнително извършвам дейност като самостоятелно заето лице (моля, попълнете следващата част от страницата).
(Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus (bitte Folgeseite ausfüllen).)
 Уча успоредно с работата си (моля, приложете уверение за студентско положение и също така попълнете следващата част от страницата). Брой часове на работа (седмично) (Ich studiere neben meiner Beschäftigung (bitte Studienbescheinigung mitsenden und zusätzlich Folgeseite ausfüllen). (Stundenanzahl Beschäftigung (wöchentlich))
 Получавам пенсия от немското пенсионно осигуряване или от сравнима институция в чужбина (моля, приложете уведомление за пенсия).
(Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung oder eines vergleichbaren Trägers im Ausland (bitte Rentenbescheid mitsenden).)
 Получавам пенсионни обезщетения, напр. пенсии, професионални пенсии и допълнителни пенсии (моля, приложете уведомление от пенсионната служба).
(Ich erhalte Versorgungsbezüge, z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten (bitte Bescheid der Versorgungsstelle mitsenden).)
 Бях освободен(а) от задължително здравно осигуряване по молба (моля, приложете копие на уведомлението).
(Ich wurde auf Antrag von der Krankenversicherungspflicht befreit (bitte Kopie des Bescheides mitsenden).)
 Получавам обезщетения от държавно осигуряване за медико-социални грижи.
(Ich erhalte Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.)

Данни за предишно здравно осигуряване (Angaben zur bisherigen Krankenversicherung)

Преди бях задължително осигурен(а) (pflichtversichert) доброволен осигурен(а) (freiwillig versichert) със семейно осигуряване (familienversichert) осигурен(а) в частна здравноосигурителна каса (privat versichert) осигурен(а) в чужбина (im Ausland versichert)

Име на предишната здравноосигурителна каса (Name der bisherigen Krankenkasse) от (Vom) до (bis zum)

Там избрах тарифа по избор.
(Ich habe dort einen Wahltarif gewählt.)

Семейно осигуряване (Familienversicherung)

Бих искал(а) да осигурявам близките си безплатно. Моля, изпратете ми заявление. Заявлението е приложено.
(Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern.) (Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.) (Der Antrag liegt bei.)

Дата (Datum) Подпис (Unterschrift)

Фамилно име, собствено име (Name, Vorname)

Дата на раждане (Geburtsdatum)

Аз съм (Ich bin)

- съм държавен служител (bin verbeamtet) съм пенсионер (bin in Pension) водя домакинство (führe den Haushalt) получавам социални помощи (bekomme Sozialhilfe)
- ходя на училище (моля, приложете **уверение за ученик**) (gehe zur Schule (bitte **Schulbescheinigung** mitsenden)) уча във висше учебно заведение (моля, приложете **уверение за студентско положение**) (studiere (bitte **Studienbescheinigung** mitsenden))
- съм пенсионер (моля, приложете **уведомление за пенсия**) (bin in Rente) (bitte **Rentenbescheid** mitsenden)) подадох молба за пенсия на (habe eine Rente beantragt am)

- съм самостоятелно заето лице като (bin selbstständig als) съм стартиращ бизнес с безвъзмездна помощ за стартиране (моля, приложете **уведомление**) (bin Existenzgründer mit Gründungszuschuss (bitte **Bescheid** mitsenden))

Други данни за дейност на самостоятелно заето лице (Weitere Angaben zur selbstständigen Tätigkeit):

- Брой седмични работни часове (Anzahl wöchentliche Arbeitsstunden):
- Брой служители (Anzahl Beschäftigte:) включително служители, работещи при условията на минимално платена или кратковременна трудова заетост (davon geringfügig Beschäftigte:)
- Извършвам тази дейност на пълен работен ден. (Ich übe die Tätigkeit hauptberuflich aus.)
- Моля да ми изпратите информация за осигуряване с обезщетение за заболяване от началото на 7-ма седмица (само за самостоятелно заети лица на пълен работен ден). (Bitte senden Sie mir Informationen zur Versicherung mit Krankengeld ab Beginn der 7. Woche (nur für hauptberuflich selbstständig Tätige).)

Данни за доходите (Angaben zu den Einkommensverhältnissen)

- Моят месечен брутен доход е над 5 175,00 евро (годишен доход - 62 100,00 евро). (Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 5.175,00 Euro (jährlich 62.100,00 Euro).)
- Моят(а) съпруг(а) **не е осигурен(а)** от системата на задължителното здравно осигуряване (моля, приложете **удостоверения за доход**) (Mein Ehepartner ist **nicht** in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (bitte **Einkommensnachweise** mitsenden).)
- Брой деца на издръжка (без собствени доходи): включително общи деца (Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder (ohne eigene Einnahmen): (davon gemeinsame Kinder)

Данни за моите доходи (Angaben zu meinen Einnahmen)	месечно евро (monatlich Euro)	годишно евро (jährlich Euro)	моля, изпратете копие от следните удостоверяващи документи (bitte folgende Nachweise in Kopie mitsenden)
Доходи от самостоятелна заетост (Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit)			последно уведомление за оценка на данъка върху дохода (пълно) и регистрация на бизнес (letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig) und Gewerbeanmeldung)
Възнаграждение/Заплата от трудово правоотношение (Lohn/Gehalt aus einer Beschäftigung)			последен фиш за заплата (letzte Gehaltsabrechnung)
Месечна брутна заплата (Monatliches Bruttoentgelt)			документ, удостоверяващ еднократното плащане (Nachweis über die Einmalzahlung)
Еднократни плащания от последните 12 месеца (Einmalzahlungen der letzten 12 Monate)			документ, удостоверяващ придобивката (Nachweis über den geldwerten Vorteil)
Друга придобивка (напр. служебна кола) (Sonstiger geldwerter Vorteil (z. B. Dienstwagen))			актуално уведомление за пенсия (aktueller Rentenbescheid)
Пенсия(и) (Rente(n))			актуално уведомление за пенсия (aktueller Rentenbescheid)
напр. пенсии за старост, наследствени пенсии и пенсии при злополука, пенсии от чужбина (z. B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten)			актуално уведомление за пенсия (aktueller Rentenbescheid)
Вид (Art)			
Вид (Art)			
Брутни пенсионни обезщетения (Brutto-Versorgungsbezüge)			актуално уведомление за пенсия (aktueller Rentenbescheid)
напр. пенсии, професионални пенсии и допълнителни пенсии (z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten)			актуално уведомление за пенсия (aktueller Rentenbescheid)
Вид (Art)			
Вид (Art)			
Еднократни плащания (Einmalzahlungen)			документ, удостоверяващ еднократното плащане (Nachweis über die Einmalzahlung)
Доходи от наем и аренда (Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung)			последно уведомление за оценка на данъка върху дохода (пълно) (letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig))
Лихви и други доходи от капитал (Zinsen und sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen)			последно уведомление за оценка на данъка върху дохода (пълно) (letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig))
Обезщетение при прекратяване на трудово правоотношение (Abfindung)			споразумение за обезщетение при прекратяване на трудово правоотношение (Vertrag über die Abfindung)
Социално подпомагане/основна социална закрила (Sozialhilfe/Grundsicherung)			Уведомление за социално подпомагане (Sozialhilfebescheid)
Други доходи – вид (Sonstige Einnahmen – Art)			документ, удостоверяващ доходите (Nachweis über die Einnahmen)

Моите доходи са под 1 178,33 евро на месец. Моите средства за ежедневна издръжка се осигуряват от (Meine Einnahmen liegen unter 1.178,33 Euro monatlich. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch)

Тези данни са ни необходими само за заявление за непълнолетни (Diese Angaben brauchen wir nur bei einem Antrag für Minderjährige)

Фамилно име, собствено име, дата на раждане на законния представител и евентуално различен адрес (Vorname, Name, Geburtsdatum des gesetzlich Vertretenden und eventuell abweichende Adresse)

Данни за изчисляване на вноската за осигуряване за медико-социални гриж (Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung)

- Имам (Ich habe) деца (моля, приложете **удостоверяващ документ** напр. акт за раждане или удостоверение за произход). (Kinder (bitte **Nachweis**, z. B. Geburtsurkunde oder Abstammungsurkunde mitsenden).)

Удостоверявам, че всички данни са верни. Ще Ви информирам незабавно за всякакви бъдещи промени. За тази цел ще Ви изпратя съответните удостоверяващи документи (напр. уведомление за оценка на данъка върху дохода).

Известно ми е, че непълните или неверни данни ще доведат до преизчисляване на вноската.

(Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen informiere ich Sie gleich. Dazu sende ich Ihnen geeignete Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid). Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zur Nachberechnung des Beitrages führen.)

Дата (Datum)

Подпис (Unterschrift)



Защита на данни.

Защитата на твоите данни е много важна за нас. Ето защо те информираме кои данни обработваме.

Цел на твоето съгласие

mhplus ще те информира за твоето осигуряване. Ще получаваш информация от нас за нови обезщетения и услуги. Освен това ще те информираме и за офертите на нашите партньори частни здравноосигурителни каси. Възползвай се от атрактивните допълнителни предложения! Те са насочени специално към твоите професионални или лични нужди.

mhplus може също да те покани да участваш в клиентско проучване. Защото твоето мнение и опит са важни за нас! Те ни помагат да оптимизираме нашата услуга за теб. За да получи или изиска определена информация от теб, mhplus може да наеме доставчик на услуги. Това включва информация за качество, обезщетения и осигуряване.

Какви данни обработва mhplus?

Твоята mhplus обработва само данните, които си предоставил в твоето Съгласие.

Данните ще бъдат ли предадени на трети страни?

Ако наемем законен доставчик на услуги, ние ще препращаме само данните, за които си дал своето съгласие. По този начин се предоставя услугата.

Колко време се съхраняват данните?

Данните от твоето Съгласие ще се съхраняват, докато се осигуряваш при нас или оттеглиш твоето съгласие. Данните, които изпращаме на доставчика на услуги, за да изпълни заявката, може да се съхраняват от него, докато заявката е изпълнена. Веднага след като заявката е изпълнена, доставчикът на услуги трябва да изтрие данните. Това ще бъде потвърдено писмено от mhplus чрез доставчика на услуги.

Къде можеш да оттеглиш съгласието си?

Просто изпрати имейл до info@mhplus.de. Или ни се обади: 07141 9790-0. Важно: Посочи „Декларация за съгласие“ като ключова дума. Можеш да оттеглиш съгласието си незабавно в бъдеще или само частично по всяко време.

Правно основание за обработване на данните

Данните се обработват въз основа на съгласие в съответствие с член 6, алинея 1, изречение 1а от Общия регламент за защита на данните (ОРЗД).

Допълнителна информация относно защитата на данните и нашия служител по защита на данните можеш да намериш тук:
www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz

Просто. **Повече. За теб.**

Каквото и да правиш в ежедневието. Ние се грижим, за да можеш ти да се грижиш за себе си и своето семейство. Независимо дали използваш услуги или имаш въпроси. Ние сме тук и те улесняваме. За здраве и добро самочувствие.

A. Данни за член (основно осигурено лице) (Angaben Mitglied (Hauptversicherter))

Фамилно име, собствено име (Name, Vorname)

Осигурителен номер

(Намира се в здравната Ви карта.)

(Versicherungsnummer (Diese steht auf Ihrer mhplus-Gesundheitskarte.))

Преди бях* (Ich war bisher*)

осигурен(а) като член (als Mitglied versichert)

осигурен(а) от семейно осигуряване в (familienversichert bei)

Име на здравноосигурителната каса (Name der Krankenkasse)

не бях осигурен(а) от системата на задължителното здравно осигуряване (nicht gesetzlich versichert)

Семейно положение (Familienstand)

несемеен/несемейна (ledig)

семеен/семейна* (verheiratet*)

разделен(а)* (getrennt lebend*)

разведен(а) от (geschieden seit)

вдовец(ица) (verwitwet)

Регистрирано партньорство съгласно Закона за регистрираното житейско партньорство (LPartG*) (eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG*)

*) Моля, предоставете допълнителни данни в колоната „Съпруг(а)“.

(*) Bitte machen Sie weitere Angaben in der Spalte „Ehepartner/in“.

Причина за семейно осигуряване (Anlass für die Familienversicherung)

Начало на моето членство (Beginn meiner Mitgliedschaft)

Раждане на дете (Geburt des Kindes)

Преместване от чужбина (Zuzug aus dem Ausland)

Край на членството на моя роднина (Ende der eigenen Mitgliedschaft meines Angehörigen)

Брак (Heirat)

Друго (Sonstiges)

Контакт (Kontakt)

Моят телефонен номер (по избор) (Meine Telefonnummer (freiwillige Angabe))

Моят имейл адрес (по избор) (Meine E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe))

B. Данни за членове на семейството (B. Angaben zu Familienangehörigen)

Следните данни обикновено са необходими само за тези роднини, които трябва да бъдат включени в семейно осигуряване при нас. Въпреки това ние също така изискваме индивидуални данни за Вашия(ата) съпруг(а)/регистриран партньор, ако искаме да предоставим семейно осигуряване само на Вашите деца и Вашият(ата) съпруг(а)/регистриран партньор е свързан(а) с тези деца. В този случай, освен общите данни, се изисква информация за осигуряването на съпруга(та)/партньора(ката) и –ако не е включен(а) в държавно осигуряване – допълнителни данни за неговите(нейните) доходи. В този случай доходите трябва задължително да бъдат документирани с удостоверения за доход. Добавките, които се изплащат въз основа на семейно положение, не се вземат предвид в данните за доходите. (Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehe-/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartners und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.)

Моля, обърнете внимание, че е законово недопустимо да се сключва семейно осигуряване едновременно в различни здравноосигурителни каси. Моля, уверете се, че Вашите данни гарантират, че дублирането на семейното осигуряване е изключено. (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.)

Общи данни за членовете на семейството (Allgemeine Angaben zu den Familienangehörigen)

	Съпруг(а) (Ehepartner)	Дете (Kind)	Дете (Kind)	Дете (Kind)
Начало на семейно осигуряване (Beginn der Familienversicherung)	DDMMGGGG	DDMMGGGG	DDMMGGGG	DDMMGGGG
Фамилно име** (Name**)				
** Ако членът на касата и членът на семейството нямат едно и също име, семейното положение трябва да бъде доказано еднократно с подходящи документи (напр. удостоверение за брак, удостоверение за гражданско партньорство, акт за раждане) или –ако не е възможно да бъдат представени – с други подходящи документи (напр. разрешение за детски надбавки). (** Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.)				
Собствено име (Vorname)				
Дата на раждане (Geburtsdatum)	DDMMGGGG	DDMMGGGG	DDMMGGGG	DDMMGGGG
Пол (Geschlecht) мъж (м), жена (ж), друго (д), неопределен (х) (männlich (m), weiblich (w), divers (d), unbestimmt (x))	<input type="checkbox"/> (м) (m) <input type="checkbox"/> (ж) (w) <input type="checkbox"/> (д) (d) <input type="checkbox"/> (х) (x)	<input type="checkbox"/> (м) (m) <input type="checkbox"/> (ж) (w) <input type="checkbox"/> (д) (d) <input type="checkbox"/> (х) (x)	<input type="checkbox"/> (м) (m) <input type="checkbox"/> (ж) (w) <input type="checkbox"/> (д) (d) <input type="checkbox"/> (х) (x)	<input type="checkbox"/> (м) (m) <input type="checkbox"/> (ж) (w) <input type="checkbox"/> (д) (d) <input type="checkbox"/> (х) (x)
адрес, евентуално различен от този на члена (ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift)				
Роднинска връзка с члена, с детето (Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied zum Kind)		биологично дете/основено дете (leibliches Kind/Adoptivkind) доведено/заварено дете (Stiefkind) внук (Enkelkind) дете, ползващо приемна грижа (Pflegekind)	биологично дете/основено дете (leibliches Kind/Adoptivkind) доведено/заварено дете (Stiefkind) внук (Enkelkind) дете, ползващо приемна грижа (Pflegekind)	биологично дете/основено дете (leibliches Kind/Adoptivkind) доведено/заварено дете (Stiefkind) внук (Enkelkind) дете, ползващо приемна грижа (Pflegekind)
Вашият съпруг(а)/партньор(ка) има ли роднинска връзка с детето? (Ist Ihr Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt?)	<input type="checkbox"/> Не (Nein) <input type="checkbox"/> Да (Ja)	<input type="checkbox"/> Не (Nein) <input type="checkbox"/> Да (Ja)	<input type="checkbox"/> Не (Nein) <input type="checkbox"/> Да (Ja)	<input type="checkbox"/> Не (Nein) <input type="checkbox"/> Да (Ja)

Фамилно име, собствено име
(Name, Vorname)

Осигурителен номер
(Versicherungsnummer)

	Съпруг(а) (Ehepartner)	Дете (Kind)	Дете (Kind)	Дете (Kind)
Собствено име (Vorname)				

Данни за предишно или друго настоящо осигуряване на членове на семейството (Angaben zur bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen)

Предишното осигуряване (Die bisherige Versicherung)				
<ul style="list-style-type: none">• продължава (besteht weiter)• приключи на (endete am)• В (bei) (Име на здравноосигурителната каса / здравноосигурителната схема) ((Name der Krankenkasse / Krankenversicherung))• Вид осигуряване: Членство (1), Семейно осигуряване* (2), неосигурен(а) в рамките на задължително здравно осигуряване (3) (моля, отбележете) (Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3)) ((bitte ankreuzen))	He (Nein) Да (Ja)			
	ДДММГГГГ	ДДММГГГГ	ДДММГГГГ	ДДММГГГГ
	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
) Важно за теб: Семейно осигуряване може да се направи само в една здравноосигурителна каса. () Wichtig für Dich: Die Familienversicherung kann nur bei einer Krankenkasse durchgeführt werden.)				
Бил(а) ли е наскоро включен(а) в семейно осигуряване? Тогава моля, посочете фамилното и собственото име на лицето, чиито роднини са били осигурени до сега. (Bestand zuletzt eine Familienversicherung?) (Dann geben Sie bitte den Namen und Vornamen der Person an, über die bisher die Angehörigen versichert waren.)	(Собствено име) ((Vorname)) (Фамилно име) ((Name))	(Собствено име) ((Vorname)) (Фамилно име) ((Name))	(Собствено име) ((Vorname)) (Фамилно име) ((Name))	(Собствено име) ((Vorname)) (Фамилно име) ((Name))

Данни за доходите на членовете на семейството (Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen)

Самостоятелна заетост от (Selbstständige Tätigkeit seit)				
месечна печалба от САМОСТОЯТЕЛНА заетост (monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit)	ДДММГГГГ	ДДММГГГГ	ДДММГГГГ	ДДММГГГГ
	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)
Моля, приложете копие от актуално уведомление за оценка на данъка върху дохода. (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.)				
Месечно брутно трудово възнаграждение от трудово правоотношение (Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus einer Beschäftigung)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)
Обезщетение за оставане без работа (напр. обезщетение при прекратяване на трудово правоотношение) (Entlassungsentschädigung (z. B. Abfindung))	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)
Месечно брутно трудово възнаграждение от МИНИМАЛНА ТРУДОВА заетост (Minijob) (Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)
Законова пенсия, пенсионни обезщетения, професионална пенсия, пенсия от чужбина, други пенсии (Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten)				
Изплащана месечна сума (Monatlicher Zahlbetrag)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)
Други редовни месечни доходи по смисъла на законодателството в областта на данъка върху доходите (напр. доходи от наем и аренда, доходи от капитал) (Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)	евро (Euro)
Вид доход (Art der Einkünfte)				
Моля, приложете копие от актуално уведомление за оценка на данъка върху дохода. (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.)				
Обезщетение за безработица/ гражданско обезщетение (Bürgergeld) от (Arbeitslosengeld / Bürgergeld seit)	ДДММГГГГ	ДДММГГГГ	ДДММГГГГ	ДДММГГГГ

Фамилно име, собствено име
(Name, Vorname)

Осигурителен номер
(Versicherungsnummer)

	Съпруг(а) (Ehepartner)	Дете (Kind)	Дете (Kind)	Дете (Kind)
Собствено име (Vorname)				

Допълнителни данни за членовете на семейството (Weitere Angaben zu Familienangehörigen)

Посещение на училище/обучение във висше учебно заведение (Моля, за деца над 23 години приложете уверение за ученик или уверение за студентско положение.) (Schul- oder Studienzzeit) (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	от (von)	от (von)	от (von)	от (von)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	до (bis)	до (bis)	до (bis)	до (bis)
Военна служба или законово регламентирана доброволна служба (Моля, приложете удостоверение за прослужено време.) (Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst) (Bitte Dienstzeitbescheinigung mitsenden.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	от (von)	от (von)	от (von)	от (von)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	до (bis)	до (bis)	до (bis)	до (bis)

Данни за издаване на здравноосигурителен номер на семейно осигурени роднини
(Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige)

Пенсионноосигурителен номер (Rentenversicherungsnummer)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Следните данни са необходими само ако все още не е издаден пенсионноосигурителен номер.
(Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.)

Моминско име (Geburtsname)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Място на раждане (Geburtsort)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Държава на раждане (Geburtsland)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Гражданство (Staatsangehörigkeit)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Потвърждавам точността на данните. Ще Ви информирам незабавно за всякакви промени. Това важи по-специално, ако доходите на гореспоменатите роднини се променят (напр. ново уведомление за оценка на данъка върху дохода за самостоятелно заето лице) или станат членове на (различна) здравноосигурителна каса.

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.

Дата
(Datum)

Подпис на член на касата
(Unterschrift des Mitglieds)

(С подписа си декларирам, че съм получил(а) съгласието на членовете на семейството за предоставяне на необходимите данни.)
(Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.)

Подпис на член/членове на семейството
(Unterschrift des/der Familienangehörigen)

За тези, които живеят отделно, е достатъчен подписът на член/членове на семейството.
Bei getrennt Lebenden reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.

Да се подаде до органа, който отговаря за уведомяването, напр. работодател, агенция по заетостта

**Моля, подайте
своевременно.**

Собствено име, фамилно име

Улица, номер

Пощенски код, населено място

Дата на раждане

Информация за моята нова здравноосигурителна каса

Избрах фирмената здравноосигурителна каса mhplus за моя бъдеща здравноосигурителна каса.

Поискана промяна на каса към: _____

Ето накратко данните на mhplus: Фирмена здравноосигурителна каса mhplus, 71632 Лудвигсбург

Общ размер на вноската 14,6 %

Допълнителна вноска 1,58 %

Фирмен номер 63494759

Банкова информация Commerzbank Ludwigsburg,

IBAN DE29 6048 0008 0500 9005 00, BIC DRESDEFF604

KSK Ludwigsburg, IBAN DE19 6045 0050 0000 0772 08,

BIC SOLADES1LBG

Моля, запазете това удостоверение във Вашите документи и ме регистрирайте в mhplus.

Ако все още не е възможно да се промени здравноосигурителната каса на заявената начална дата, ще Ви информирам съответно.

С най-добри пожелания,



♥ **Винаги тук за теб** 📞 **07141 9790-0, понеделник- петък**
7-20 часа/събота 10-13 часа ✉ **info@mhplus.de**
f **facebook.com/mhplus** 📷 **instagram.com/deine_mhplus**
📱) **Приложение за услуги на mhplus** 📍 **Офиси: Franckstraße 8,**
71636 Лудвигсбург или 🔍 **www.mhplus.de**