

Ваш бланк заяви.

Стати учасником дуже просто.

Це швидше, ніж здається.

mhplus
Krankenkasse.

Якщо у вас
виникли питання,
зателефонуйте
нам!
07141 9790-1000

Подайте нам заяву.

У цій брошурі ви знайдете всі необхідні форми.
Приділіть 15 хвилин свого часу. От і все. Ви вже
майже учасник програми.

Або подайте
заяву онлайн:



Заповнюється співробітником mhplus: Номер/назва агентства, ім'я співробітника

Das füllt die mhplus aus: Vermittlernummer / Name, Vorname Mitarbeiter

Я хочу бути з (Ich möchte ab dem) учасником програми обов'язкового страхування (Pflichtmitglied) учасником програми добровільного страхування mhplus. Номер агентства (Vermittlernummer)

Мої дані (Meine Daten)

Прізвище (Name) Ім'я (Vorname)
 Вулиця (Straße) Номер будинку (Hausnummer)
 Пошт. індекс (PLZ) Населений пункт (Ort)
 Громадянство (Nationalität) Федеральна земля (Bundesland)
 Телефон за бажанням (Telefon) Ел. пошта (E-Mail) (вказується за бажанням) (freiwillige Angabe)
 Сімейний стан (Familienstand) Стать жіноча (w) чоловіча (m) інша (d) не визначено (x) (unbestimmt (x))

Номер соціального страхування (Sozialversicherungsnummer)

У мене ще немає номера соціального страхування. Будь ласка, замовте його для мене з такими даними: (Ich habe noch keine Sozialversicherungsnummer. Bitte beantragen Sie diese für mich mit den folgenden Angaben:)

Дата народження (Geburtsdatum) Прізвище при народженні (Geburtsname)
 Місце народження (Geburtsort) Країна народження (Geburtsland)

Мій номер платника податків (Meine Steuer-ID)

(Він зазначений у вашому повідомленні про нарахування податків) ((Diese steht auf Ihrem Steuerbescheid.))

Підстава для прийняття учасника до програми (Anlass der Mitgliedschaft)

Мої умови страхування змінилися. (Mein Versicherungsverhältnis hat sich geändert.) (Наприклад, зміна роботодавця) (z. B. Wechsel des Arbeitgebers) Мої умови страхування не змінювалися більше 12 місяців. (Зміна медичної страхової компанії без зміни умов страхування) (Mein Versicherungsverhältnis ist seit mehr als 12 Monaten unverändert. (Kassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis))
 Моя попередня медична страхова компанія збільшила ставку додаткового внеску. (Meine bisherige Kasse hat den Zusatzbeitragsatz erhöht.) Я вперше влаштовуюся на роботу в Німеччині. (Ich nehme erstmals eine Beschäftigung in Deutschland auf.) Я вперше страхуюся в системі обов'язкового медичного страхування. (Ich versichere mich zum ersten Mal bei einer gesetzlichen Krankenkasse.)
 Я отримую допомогу по безробіттю / допомоги для громадян (Ich erhalte Arbeitslosengeld (bitte Bescheid mitsenden)) Інше (Sonstiges:

Я (Ich) працюю (arbeite) навчаюся (mache eine Ausbildung) навчаюся за програмою дуальної освіти (будь ласка, надайте довідку про навчання) (studiere dual (bitte Studienbescheinigung mitsenden)) студент, поєдную навчання з роботою (bin Werkstudent)

Я застрахований на добровільній основі як найманий працівник. Мій річний оклад перевищує 69 300,00 євро. (Ich bin angestellt und freiwillig versichert. Mein Jahresgehalt liegt über 69.300,00 Euro.)

Мій роботодавець робить внески на добровільне медичне страхування та страхування на випадок потреби в догляді. (Mein Arbeitgeber führt die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung ab.)

Я сам роблю внески в mhplus на добровільне медичне страхування та страхування на випадок потреби в догляді. (Ich zahle die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung selber an die mhplus.)

Дані для розрахунку внеску для страхування на випадок потреби в догляді: У мене є діти (будь ласка, надайте підтвердження). (Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung: Ich habe Kinder (bitte Nachweis mitsenden).)

Я отримую допомогу по безробіттю / допомоги для громадян (Ich erhalte Arbeitslosengeld (bitte Bescheid mitsenden)) Я подав заяву на отримання / допомоги по безробіттю / допомоги для громадян (Ich habe Arbeitslosengeld II beantragt.)

Примітка: інші категорії осіб – будь ласка, заповніть наступну сторінку (Hinweis: Weitere Personengruppen - bitte Folgeseite ausfüllen)

Дані роботодавця (будь ласка, запитайте в роботодавця його номер підприємства – це завжди 8 цифр.) (Angaben zum Arbeitgeber (Betriebsnummer bitte beim Arbeitgeber erfragen – immer 8-stellig.))

Назва компанії (Firmenname) Телефон (Telefon)
 Адреса (Adresse)
 Номер підприємства (Betriebsnummer) Дата заснування (beschäftigt seit)

Інша інформація (будь ласка, позначте відповідне) (Sonstige Angaben (bitte zutreffendes ankreuzen))

Я додатково займаюся підприємницькою діяльністю (будь ласка, заповніть наступну сторінку). (Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus (bitte Folgeseite ausfüllen).)
 Я вчусь і працюю одночасно (будь ласка, надайте довідку про навчання, а також заповніть наступну сторінку). (Ich studiere neben meiner Beschäftigung (bitte Studienbescheinigung mitsenden und zusätzlich Folgeseite ausfüllen).) Кількість робочих годин (на тиждень) (Stundenanzahl Beschäftigung (wöchentlich))
 Я отримую пенсію за рахунок німецького пенсійного страхування або аналогічної іноземної програми (будь ласка, надішліть повідомлення про призначення пенсії). (Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung oder eines vergleichbaren Trägers im Ausland (bitte Rentenbescheid mitsenden).)
 Я отримую виплати, наприклад, допомогу, пенсію, призначену підприємством, та додаткову пенсію (будь ласка, надайте підтвердження відповідної установи). (Ich erhalte Versorgungsbezüge, z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten (bitte Bescheid der Versorgungsstelle mitsenden).)
 Я був звільнений від обов'язкового медичного страхування на підставі запиту (будь ласка, надайте копію рішення). (Ich wurde auf Antrag von der Krankenversicherungspflicht befreit (bitte Kopie des Bescheides mitsenden).)
 Я отримую виплати, передбачені обов'язковим страхуванням на випадок потреби в догляді. (Ich erhalte Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.)

Дані щодо попереднього медичного страхування (Angaben zur bisherigen Krankenversicherung)

До цього часу я мав поліс (Ich war bisher) обов'язкового страхування (pflichtversichert) добровільного страхування (freiwillig versichert) сімейного страхування (familienversichert) приватного страхування (privat versichert) страхування за кордоном (im Ausland versichert)

Назва попередньої медичної страхової компанії (Name der bisherigen Krankenkasse) (vom) (bis zum)

Я користувався там тарифом за вибором. (Ich habe dort einen Wahltarif gewählt.)

Сімейне страхування (Familienversicherung)

Я хочу безкоштовно застрахувати своїх близьких. (Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern.) Будь ласка, надішліть мені заяву. (Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.) Заява додається. (Der Antrag liegt bei.)

Дата (Datum) Підпис (Unterschrift)

Прізвище, ім'я (Name, Vorname)

Дата народження (Geburtsdatum)

Д Д М М Р Р Р Р Р Р

Я (Ich bin)

- працюю на державній службі (bin verbeamtet) державний службовець на пенсії (bin in Pension) займаюся домашнім господарством (führe den Haushalt) отримую соціальну допомогу (bekomme Sozialhilfe)
- вчуся в школі (будь ласка, надайте довідку зі школи) (gehe zur Schule (bitte Schulbescheinigung mitsenden)) отримую післяшкільну освіту (будь ласка, надайте довідку про навчання) (studiere (bitte Studienbescheinigung mitsenden))
- на пенсії (будь ласка, надайте повідомлення про призначення пенсії) (bin in Rente) (bitte Rentenbescheid mitsenden) подав заяву про призначення пенсії (дата) (habe eine Rente beantragt am) Д Д М М Р Р Р Р Р Р

- Займаюся підприємницькою діяльністю в якості (bin selbstständig als) підприємець-початківець і маю стартовий грант (будь ласка, надайте підтвердження) (bin Existenzgründer mit Gründungszuschuss (bitte Bescheid mitsenden))

Додаткові дані про підприємницьку діяльність (Weitere Angaben zur selbstständigen Tätigkeit):

- Кількість робочих годин на тиждень (Anzahl wöchentliche Arbeitsstunden):
- Кількість найманих працівників (Anzahl Beschäftigte): з них частково зайняті (davon geringfügig Beschäftigte):
- Ця діяльність є моїм основним заняттям. (Ich übe die Tätigkeit hauptberuflich aus.)
- Будь ласка, надішліть мені інформацію про страхування з допомогою на випадок хвороби, починаючи з 7-го тижня (тільки для підприємців, для яких ця діяльність є основним заняттям). (Bitte senden Sie mir Informationen zur Versicherung mit Krankengeld ab Beginn der 7. Woche (nur für hauptberuflich selbstständig Tätige).)

Дані щодо фінансового стану (Angaben zu den Einkommensverhältnissen)

- Мій сукупний місячний дохід перевищує 5 175,00 євро (62 100,00 євро на рік). (Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 5.175,00 Euro (jährlich 62.100,00 Euro).)
- Мій чоловік / Моя дружина не має поліса обов'язкового медичного страхування (будь ласка, надайте довідку про доходи) (Mein Ehepartner ist nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (bitte Einkommensnachweise mitsenden).)
- Кількість дітей-утриманців (які не мають власних доходів): з них спільні діти (davon gemeinsame Kinder)

Інформація про доходи (Angaben zu meinen Einnahmen)	щомісяця євро (monatlich Euro)	щороку євро (jährlich Euro)	будь ласка, надайте копії зазначених документів (bitte folgende Nachweise in Kopie mitsenden)
Доходи від підприємницької діяльності (Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit)			останнє повідомлення про нарахування податку на прибуток (повне) та свідоцтво про реєстрацію суб'єкта підприємницької діяльності (letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig) und Gewerbeanmeldung)
Заробітна плата / оклад від трудової діяльності (Lohn/Gehalt aus einer Beschäftigung)			останній розрахунковий лист (letzte Gehaltsabrechnung)
Щомісячна заробітна плата бруто (Monatliches Bruttoentgelt)			підтвердження разової виплати (Nachweis über die Einmalzahlung)
Разові виплати за останні 12 місяців (Einmalzahlungen der letzten 12 Monate)			підтвердження матеріальної вигоди (Nachweis über den geldwerten Vorteil)
Інші матеріальні вигоди (наприклад, службовий автомобіль) (Sonstiger geldwerter Vorteil (z. B. Dienstwagen))			поточне рішення про призначення пенсії (aktueller Rentenbescheid)
Пенсійні виплати (Rente(n))			
Наприклад, пенсія за віком, пенсія у зв'язку з втратою годувальника, пенсія для осіб з інвалідністю, іноземні пенсії (z. B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten)			поточне рішення про призначення пенсії (aktueller Rentenbescheid)
Тип (Art)			
Тип (Art)			поточне рішення про призначення пенсії (aktueller Rentenbescheid)
Виплати допомоги бруто (Brutto-Versorgungsbezüge)			поточне рішення про призначення пенсії (aktueller Rentenbescheid)
Наприклад, пенсія, допомога від підприємства та додаткова пенсія (z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten)			
Тип (Art)			поточне рішення про призначення пенсії (aktueller Rentenbescheid)
Тип (Art)			підтвердження разової виплати (Nachweis über die Einmalzahlung)
Разові виплати (Einmalzahlungen)			останнє повідомлення про нарахування податку на прибуток (повне) (letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig))
Доходи від надання в оренду та лізингу (Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung)			останнє повідомлення про нарахування податку на прибуток (повне) (letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig))
Відсотки та інші доходи від капіталу (Zinsen und sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen)			договір про виплату винагороди (Vertrag über die Abfindung)
Виплата винагороди (Abfindung)			Рішення про призначення соціальної допомоги (Sozialhilfebescheid)
Соціальна допомога / забезпечення базових потреб (Sozialhilfe/Grundsicherung)			підтвердження доходу (Nachweis über die Einnahmen)
Інші доходи – Тип (Sonstige Einnahmen – Art)			

Мій дохід становить менше 1178,33 євро на місяць. Мої засоби до існування забезпечені (Meine Einnahmen liegen unter 1.178,33 Euro monatlich. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch)

Ця інформація нам потрібна лише при подачі заяви для неповнолітніх (Diese Angaben brauchen wir nur bei einem Antrag für Minderjährige)

Ім'я, прізвище, дата народження законного представника та інша адреса (згідно з випадком) (Vorname, Name, Geburtsdatum des gesetzlich Vertretenden und eventuell abweichende Adresse)

Дані для розрахунку внеску для страхування на випадок потреби в догляді (Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung)

- У мене є діти (Ich habe) вкажіть кількість дітей (будь ласка, надайте підтвердження, наприклад, свідоцтво про народження або свідоцтво про походження). (Kinder (bitte Nachweis, z. B. Geburtsurkunde oder Abstammungsurkunde mitsenden).)

Я підтверджую, що всі відомості відповідають дійсності. Я негайно повідомлятиму вас про всі майбутні зміни. Я також надсилатиму вам відповідні підтвердження (наприклад, повідомлення про нарахування податку на прибуток). Мені відомо, що неповна або неввірна інформація призведе до перерахунку внеску. (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.)

Д Д М М Р Р Р Р Р Р

Дата (Datum)

Підпис (Unterschrift)



Захист даних.

Ми приділяємо захисту ваших даних дуже велику увагу. Саме тому ми повідомляємо вам, які дані ми обробляємо.

Мета вашої згоди

Компанія mhplus інформує вас про ваше страхове покриття. Ви також будете отримувати від нас інформацію про нові послуги та сервіси. Крім того, ми інформуватимемо вас про пропозиції наших партнерів щодо приватного медичного страхування. Таким чином, ви зможете отримати привабливі доповнення! Вони будуть орієнтовані на ваші особливі професійні або особисті потреби.

Компанія mhplus може також запросити вас пройти опитування для клієнтів. Ваші враження й досвід важливі для нас! Вони допомагають нам зробити наші послуги оптимальними для вас. Компанія mhplus може доручити проведення опитувань чи отримання певної інформації від вас сторонньому постачальнику послуг. Це стосується інформації про якість, послуги та страхування.

Які дані обробляє mhplus?

Компанія mhplus обробляє лише ті дані, які ви зазначили у своїй згоді.

Чи будуть ці дані передані третім особам?

Коли ми офіційно наймаємо постачальника послуг, ми передаємо йому лише ті дані, які зазначені у вашій згоді. Це дозволяє надавати послуги.

Як довго зберігаються дані?

Дані, зазначені у вашій згоді, будуть зберігатися доти, доки ви застраховані у нас або доки ви не відкликали свою згоду. Дані, які ми надаємо постачальнику послуг для виконання вашого замовлення, він може зберігати доти, доки замовлення не буде виконано. Як тільки замовлення буде виконано, постачальник послуг повинен видалити дані. Постачальник послуг надсилає компанії mhplus письмове підтвердження про видалення даних.

Як ви можете відкликати свою згоду?

Просто надішліть повідомлення на адресу info@mhplus.de. Або зателефонуйте нам: 07141 9790-0. Важливо: в якості теми вкажіть «Заява про згоду». Ви завжди можете відкликати свою згоду на подальший період, повністю або частково.

Правові підстави для обробки даних

Дані обробляються на підставі згоди відповідно до підпункту 1а пункту 1 статті 6 Загального регламенту захисту даних (GDPR).

Більш детальну інформацію про захист даних і про нашу уповноважену особу із захисту даних можна отримати тут: www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz

Просто. **Більше. Ви.**

Чим би ви не займалися в повсякденному житті, ми дбаємо про вас, щоб ви могли піклуватися про свою родину. Якщо ви хочете скористатися послугою або отримати відповідь на запитання, ми завжди на зв'язку й готові допомогти вам. Задля підтримки здоров'я та доброго самопочуття.

A. Дані учасника програми (головний страховальник) (Angaben Mitglied (Hauptversicherter))

Прізвище, ім'я
(Name, Vorname)

Номер страхового поліса

(Він зазначений у вашій електронній картці медичного страхування mhplus).
(Versicherungsnummer (Diese steht auf Ihrer mhplus-Gesundheitskarte.))

До цього часу я*
(Ich war bisher*)

був застрахований як учасник програми
(als Mitglied versichert)

був застрахований в системі сімейного страхування в

Назва медичної страхової компанії
(Name der Krankenkasse)

не мав поліса обов'язкового страхування
(nicht gesetzlich versichert)

Сімейний стан (Familienstand)

не одружений/а
(ledig)

одружений/а*
(verheiratet*)

роздільне проживання подружжя*
(getrennt lebend*)

розлучений/а з
(geschieden seit)

вдовець/вдова
(verwitwet)

спільне проживання згідно з Законом про регулювання спільного проживання (LPartG*)
(eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG*)

(*): Будь ласка, надайте додаткову інформацію в пункті «Чоловік/Дружина».

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

Підстава для сімейного страхування (Anlass für die Familienversicherung)

Початок моєї участі в програмі
(Beginn meiner Mitgliedschaft)

Народження дитини
(Geburt des Kindes)

Переселення з-за кордону
(Zuzug aus dem Ausland)

Закінчення власної участі в програмі мого родича
(Ende der eigenen Mitgliedschaft meines Angehörigen)

Одруження
(Heirat)

Інше
(Sonstiges)

Контактні дані (Kontakt)

Мій номер телефону (вказується за бажанням)
(Meine Telefonnummer (freiwillige Angabe))

Моя адреса ел. пошти (вказується за бажанням)
(Meine E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe))

B. Дані членів сім'ї (B. Angaben zu Familienangehörigen)

Зазначені нижче дані зазвичай необхідні лише для тих родичів, які будуть застраховані за нашою схемою сімейного страхування. Однак окремі дані вашого чоловіка/партнера / вашої дружини/партнерки необхідні нам навіть для оформлення сімейного страхування лише для ваших дітей, якщо ваш чоловік/партнер / ваша дружина/партнерка є родичем/родичкою цих дітей. У цьому випадку поряд із загальними відомостями потрібна інформація про страхування вашого чоловіка/партнера / вашої дружини/партнерки, а якщо він/вона не має поліса обов'язкового медичного страхування, то необхідно надати додаткові відомості про його/її доходи. При цьому доходи мають бути обов'язково підтверджені довідкою про доходи. Надавки, що виплачуються з урахуванням сімейного стану, у відомостях про доходи не враховуються. (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.)

Будь ласка, зверніть увагу на те, що одночасне сімейне страхування в декількох медичних страхових компаніях забороняється законодавством. Тому просимо вас перевірити свої дані, щоб переконатися у відсутності подвійного сімейного страхування. (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.)

Загальні відомості про членів сім'ї (Allgemeine Angaben zu den Familienangehörigen)

	Чоловік/Дружина (Ehepartner)	Дитина (Kind)	Дитина (Kind)	Дитина (Kind)
Початок сімейного страхування (Beginn der Familienversicherung)	DDMMRRRR	DDMMRRRR	DDMMRRRR	DDMMRRRR
Прізвище** (Name**)				
** Якщо прізвище члена сім'ї відрізняється від прізвища учасника програми, родинні стосунки необхідно підтвердити відповідними документами (наприклад, свідоцтвом про шлюб, свідоцтвом про цивільне партнерство, свідоцтвом про народження) або, якщо надати такі документи неможливо, іншими підтверджувальними документами (наприклад, рішенням про сплату аліментів на дитину). (**) 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.)				
Ім'я (Vorname)				
Дата народження (Geburtsdatum)	DDMMRRRR	DDMMRRRR	DDMMRRRR	DDMMRRRR
Стать (Geschlecht) чоловіча (m), жіноча (w), інша (d), не визначено (x) (männlich (m), weiblich (w), divers (d), unbestimmt (x))	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)
Адреса, якщо вона відрізняється від адреси учасника програми (ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift)				
Родинні стосунки учасника програми з дитиною (Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglieds zum Kind)	<input type="checkbox"/> біологічна дитина / усиновлена дитина (leibliches Kind/Adoptivkind) <input type="checkbox"/> пасинок/падчерка (Stiefkind) <input type="checkbox"/> онук (Enkelkind) <input type="checkbox"/> дитина під опікою (Pflegekind)	<input type="checkbox"/> біологічна дитина / усиновлена дитина (leibliches Kind/Adoptivkind) <input type="checkbox"/> пасинок/падчерка (Stiefkind) <input type="checkbox"/> онук (Enkelkind) <input type="checkbox"/> дитина під опікою (Pflegekind)	<input type="checkbox"/> біологічна дитина / усиновлена дитина (leibliches Kind/Adoptivkind) <input type="checkbox"/> пасинок/падчерка (Stiefkind) <input type="checkbox"/> онук (Enkelkind) <input type="checkbox"/> дитина під опікою (Pflegekind)	<input type="checkbox"/> біологічна дитина / усиновлена дитина (leibliches Kind/Adoptivkind) <input type="checkbox"/> пасинок/падчерка (Stiefkind) <input type="checkbox"/> онук (Enkelkind) <input type="checkbox"/> дитина під опікою (Pflegekind)
Ваш чоловік/партнер / Ваша дружина/ партнерка є родичем дитини? (Ist Ihr Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt?)	<input type="checkbox"/> Ні(Nein) <input type="checkbox"/> Так (Ja)	<input type="checkbox"/> Ні(Nein) <input type="checkbox"/> Так (Ja)	<input type="checkbox"/> Ні(Nein) <input type="checkbox"/> Так (Ja)	<input type="checkbox"/> Ні(Nein) <input type="checkbox"/> Так (Ja)

Прізвище, ім'я
(Name, Vorname)

Номер страхового поліса
(Versicherungsnummer)

	Чоловік/Дружина (Ehepartner)	Дитина (Kind)	Дитина (Kind)	Дитина (Kind)
Ім'я (Vorname)				

Дані про попереднє або поточне страхування членів сім'ї (Angaben zur bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen)

Попереднє страхування (Die bisherige Versicherung)				
<ul style="list-style-type: none">• продовжує діяти (besteht weiter)	<input type="checkbox"/> Ні (Nein) <input type="checkbox"/> Так (Ja)			
<ul style="list-style-type: none">• закінчилося (дата) (endete am)	Д Д М М Р Р Р Р	Д Д М М Р Р Р Р	Д Д М М Р Р Р Р	Д Д М М Р Р Р Р
<ul style="list-style-type: none">• В (bei) (Назва медичної страхової компанії / медичного страхування) (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung)				
<ul style="list-style-type: none">• Тип страхування: участь у програмі (1), сімейне страхування* (2), необов'язкове страхування (3) (будь ласка, позначте) (Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3)) (bitte ankreuzen!)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
) Важлива інформація: сімейне страхування можна оформити лише в одній медичній страховій компанії. () Wichtig für Dich: Die Familienversicherung kann nur bei einer Krankenkasse durchgeführt werden.)				
Чи мали ви останнім часом сімейну страховку? Якщо так, будь ласка, вкажіть прізвище та ім'я особи, разом з якою до цього часу були застраховані ці ваші родичі. (Bestand zuletzt eine Familienversicherung?) (Dann geben Sie bitte den Namen und Vornamen der Person an, über die bisher die Angehörigen versichert waren.)				
	(Ім'я) ((Vorname))	(Ім'я) ((Vorname))	(Ім'я) ((Vorname))	(Ім'я) ((Vorname))
	(Прізвище) ((Name))	(Прізвище) ((Name))	(Прізвище) ((Name))	(Прізвище) ((Name))

Дані про доходи членів сім'ї (Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen)

Підприємницька діяльність з (Selbstständige Tätigkeit seit)				
Щомісячний дохід від підприємницької діяльності (monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit)	Д Д М М Р Р Р Р	Д Д М М Р Р Р Р	Д Д М М Р Р Р Р	Д Д М М Р Р Р Р
	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)
Будь ласка, надайте копію поточного повідомлення про нарахування податку на прибуток (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.)				
Щомісячна заробітна плата бруто від роботи в якості найманого працівника (Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus einer Beschäftigung)				
Компенсація при звільненні (наприклад, разова винагорода) (Entlassungsschädigung (z. B. Abfindung))	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)
Щомісячна заробітна плата бруто від мінімальної зайнятості (Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob)	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)
Пенсія, призначена згідно з законодавством, грошова допомога, пенсія, призначена підприємством, іноземна пенсія, інші види пенсії (Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten)				
Щомісячна сума виплат (Monatlicher Zahlbetrag)	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)
Інші регулярні доходи відповідно до податкового законодавства (наприклад, дохід від надання в оренду та лізингу, дохід від капіталу) (Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen))	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)	євро (Euro)
Тип доходів (Art der Einkünfte)				
Будь ласка, надайте копію поточного повідомлення про нарахування податку на прибуток (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.)				
Допомога по безробіттю / допомога для громадян з (Arbeitslosengeld / Bürgergeld seit)	Д Д М М Р Р Р Р	Д Д М М Р Р Р Р	Д Д М М Р Р Р Р	Д Д М М Р Р Р Р

Прізвище, ім'я
(Name, Vorname)

Номер страхового поліса
(Versicherungsnummer)

	Чоловік/Дружина (Ehepartner)	Дитина (Kind)	Дитина (Kind)	Дитина (Kind)
ім'я (Vorname)				

Додаткові відомості про членів сім'ї (Weitere Angaben zu Familienangehörigen)

Період навчання (для дітей віком від 23 років просимо надати довідку про навчання в середньому або вищому навчальному закладі) (Schul- oder Studienzeit) (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.)		ДДММРРРР з (von)	ДДММРРРР з (von)	ДДММРРРР з (von)
		ДДММРРРР до (bis)	ДДММРРРР до (bis)	ДДММРРРР до (bis)
Військова служба або регульована законом волонтерська служба (просимо надати підтвердження періоду служби) (Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst) (Bitte Dienstzeitbescheinigung mitsenden.)		ДДММРРРР з (von)	ДДММРРРР з (von)	ДДММРРРР з (von)
		ДДММРРРР до (bis)	ДДММРРРР до (bis)	ДДММРРРР до (bis)

Дані про надання номера медичного страхування родичам, застрахованим за програмою сімейного страхування
(Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige)

Номер пенсійного страхування (Rentenversicherungsnummer)				
---	--	--	--	--

Наступна інформація необхідна лише в тому випадку, якщо номер пенсійного страхування ще не був наданий.
(Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.)

Прізвище при народженні (Geburtsname)				
Місце народження (Geburtsort)				
Країна народження (Geburtsland)				
Громадянство (Staatsangehörigkeit)				

Я підтверджую правильність наданої інформації. Я негайно повідомлю вас про будь-які зміни. Це також стосується змін у доходах моїх близьких (наприклад, нове повідомлення про нарахування податку на прибуток — для підприємницької діяльності) або їхнього членства в (іншій) медичній страховій компанії.

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.

ДДММРРРР

Дата
(Datum)

Підпис учасника програми
(Unterschrift des Mitglieds)

(Своім підписом я підтверджую, що отримав згоду членів сім'ї на надання необхідних даних.)
(Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.)

Підпис члена / членів сім'ї
(Unterschrift des/der Familienangehörigen)

Для тих, хто живе роздільно, достатньо підпису члена сім'ї.
Bei getrennt Lebenden reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.

Для подання установам, які ви зобов'язані поінформувати, наприклад, роботодавцю, агентству з працевлаштування

**Будь ласка,
надайте це
повідомлення
вчасно.**

ім'я, прізвище

вулиця, номер будинку

пошт. індекс, населений пункт

дата народження

Інформація про мою нову медичну страхову компанію

Я вибрав виробничу медичну страхову компанію mhplus для подальшого обслуговування мене в якості медичної страхової компанії.

Запит про зміну медичної страхової компанії з такої дати: _____

Основні дані mhplus: mhplus Betriebskrankenkasse, 71632 Людвігсбург

Загальна ставка страхового внеску	14,6 %
Додатковий внесок	1,58 %
Номер підприємства	63494759
Банківські реквізити	Commerzbank Ludwigsburg, IBAN DE29 6048 0008 0500 9005 00, BIC DRESDEFF604 KSK Ludwigsburg, IBAN DE19 6045 0050 0000 0772 08, BIC SOLADES1LBG

Будь ласка, додайте цю заяву до своїх документів і зареєструйте мене в mhplus.

Якщо зміна медичної страхової компанії з дати, зазначеної в заяві, буде неможливою, я повідомлю вам про це відповідним чином.

З повагою

населений пункт, дата, підпис



♥ **Ми завжди до ваших послуг** 📞 **07141 9790-0, пн. – пт.
07:00–20:00 / сб. 10:00–13:00** ✉ **info@mhplus.de**
f **facebook.com/mhplus** 📷 **instagram.com/deine_mhplus**
📱) **Сервісний додаток mhplus** 📍 **Офіси: Franckstraße 8,
71636 Ludwigsburg** або 🔍 **www.mhplus.de**