

Вашите формуляри за кандидатстване.

Член се става сЪВсем лесно.

Става по-бързо, отколкото си мислите.

mhplus
Krankenkasse.

Ако имате
въпроси:
Обадете ни се!
07141 9790-1000

Изпратете ни още сега *заявление.*

В тази брошура ще намерите всички формуляри,
които са ви нужни. Отделете им петнадесет
минути. Това е всичко, от което се нуждаете.
И членството ви вече е почти готово.

Или просто го
направете онлайн:



Това се попълва от mhplus: Номер на агент / Име и фамилия на служителя

Бих искал да стана от		задължителен член		доброволен член на mhplus.		Номер на агент					
Моите данни											
Фамилия				Име							
Улица				Номер							
Пощенски код		Населено място									
националност		Федерална провинция									
Телефон (доброволна информация)		Имейл		(доброволна информация)							
Семейно положение		Пол		женски (ж)		мъжки (м)		различен (р)		неопределен (х)	
Социалноосигурителен номер											
Все още нямам социалноосигурителен номер. Моля, кандидатствайте от мое име, като използвате следната информация:											
Дата на раждане				Рождено име							
Място на раждане				Държава на раждане							
Моят данъчен номер (Посочен е във вашето данъчно известие.)											
Причина за членството											
Здравноосигурителният ми статус се промени. (напр. смяна на работодателя)				Здравноосигурителният ми статус е непроменен повече от 12 месеца. (смяна на здравноосигурителната каса при непроменен здравноосигурителен статус)							
Предишната ми здравноосигурителна каса увеличи допълнителната вноска.				За първи път се осигурявам при здравноосигурителна каса, х определена по закон.							
За първи път започвам работа в Германия.				Друго							
Аз											
работя		се обучавам		съм на дуално обучение (моля, приложете свидетелство за обучение)				съм работещ студент			
Аз съм нает(а) и доброволно осигурен(а). Годишната ми заплата е над 77 400,00 евро.											
Моят работодател плаща вноските за доброволно здравно осигуряване и осигуряване за медицински грижи.											
Аз лично плащам вноските за доброволно здравно осигуряване и осигуряване за медицински грижи към mhplus.											
Информация относно изчисляването на осигурителната вноска за медицински грижи: Имам деца (моля, приложете доказателство).											
Получавам обезщетение за безработица/граждански доход (моля, приложете решението) .											
Кандидатствам за обезщетение за безработица граждански доход .											
Указание: Други групи хора – моля, попълнете следващата страница											
Данни за работодателя (моля, попитайте работодателя си за номера на фирмата – винаги 8-цифрен).											
Име на фирмата				Телефон							
Адрес											
Номер на фирмата				нает(а) от							
Друга информация (моля, отбележете съответното)											
Допълнително имам дейност като самонаето лице (моля, попълнете следващата страница) .											
Уча успоредно с работата си (моля, изпратете удостоверение за обучение и допълнително попълнете следващата страница) .											
Брой отработени часове (седмично)											
Получавам пенсия от Германското пенсионно осигуряване или подобна институция в чужбина (моля, изпратете извлечение за пенсия) .											
Получавам обезщетения, например пенсии, корпоративни пенсии и допълнителни пенсии (моля, приложете удостоверение от източника на заплащане) .											
Бях освободен/а от задължително здравно осигуряване след подаване на заявление (моля, приложете копие от удостоверението) .											
Получавам обезщетения от законоустановената осигуровка за дългосрочни грижи.											
Информация за предишна здравна осигуровка											
Досега бях със		задължително осигуряване		доброволно осигуряване							
		семейно осигуряване		частно осигуряване		осигуряване в чужбина					
Име на предишната здравноосигурителна каса		от		до							
Избрах свободно избираема тарифа там.											
Семейно осигуряване											
Желая членовете на семейството ми да бъдат осигурявани заедно с мен безплатно.				Моля, изпратете ми заявление.				Заявлението е приложено.			
Дата		Подпис									

За попълване само от mhplus: Фамилия и име на служителя

Моето съгласие за използване на моите данни

Моите данни

Вече съм член на здравноосигурителната каса mhplus.

Все още не съм член на mhplus. Съгласието остава валидно по време на членството.

Фамилия																								
Име																	Дата на раждане							
Улица, №																								
Пощенски код					Населено място																			
Телефон																								
Мобилен телефон																								
Имейл адрес																								

Съгласие за контакт с mhplus

Съгласявам се за следното:

- mhplus може да ме информира и консултира
- + относно моето застрахователно покритие и
- + за нови услуги и
- + качеството на обслужване, като ми задава въпроси с цел подобряване на услугата. За целта mhplus може да наеме доставчик на услуги.

mhplus има право да използва следните методи за контакт:

- | | | |
|--------------|----|----|
| по телефона: | Да | Не |
| чрез имейл: | Да | Не |
| чрез SMS: | Да | Не |

Указание:

Законната възрастова граница за даване на независимо съгласие е 16 години.
За деца под 16-годишна възраст се изисква съгласието на родителите или настойниците.

В информационния лист (вижте обратната страна) е обяснено как mhplus използва данните.



Защита на данните.

Защитата на вашите данни е много важна за нас. Поради това ви информираме кои данни обработваме.

Цел на вашето съгласие

mhplus предоставя информация за вашето осигурително покритие. Ще ви изпращаме информация за нови услуги и продукти. Освен това ще ви информираме и за офертите от нашите партньори, частните здравноосигурителни компании. Така ще се възползвате от атрактивни екстри! Те са специално съобразени с вашите професионални или лични нужди.

mhplus може също да ви покани да участвате в проучване на клиентите. Защото вашето мнение и опит са важни за нас! Това ни помага да оптимизираме услугата си за вас. За да получим или поискаме определена информация от вас, mhplus може да наеме и доставчик на услуги. Това включва информация за качеството, услуги и застраховки.

Какви данни обработва mhplus?

Вашата mhplus обработва само данните, които сте предоставили в съгласието си.

Ще бъдат ли данните препращани на трети страни?

Когато ангажираме легитимен доставчик на услуги, ние препращаме само данните, които са включени във вашето съгласие. Това позволява предоставянето на услугата.

Колко дълго ще се съхраняват данните?

Данните от вашето съгласие ще се съхраняват, докато сте здравноосигурени при нас или оттеглите съгласието си. Данните, които изпращаме на доставчик на услуги, за да изпълним поръчката му, могат да се съхраняват от него, докато поръчката не бъде изпълнена. След като поръчката бъде изпълнена, доставчикът на услуги е длъжен да изтрие данните. mhplus ще получи писмено потвърждение за това от доставчика на услуги.

Къде можете да оттеглите съгласието си?

Просто изпратете съобщение на info@mhplus.de. Или ни се обадете на: 07141 9790-0. Важно: Въведете „декларация за съгласие“ като ключова дума. Можете да оттеглите съгласието си по всяко време, незабавно, за в бъдеще или само частично.

Правно основание за обработване на данните

Данните се обработват въз основа на съгласие съгласно чл. 6, параграф 1, изречение 1а от Общия регламент относно защитата на данните (ОПЗД).

Можете да намерите повече информация относно защитата на данните и нашето длъжностно лице по защита на данните тук:

www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz

Лесно. **Повече. За вас.**

Каквото и да правите в ежедневието си. Ние ще се погрижим за нещата, за да можете вие да се грижите за семейството си. Независимо дали използвате нашите услуги, или имате въпроси. Тук сме, за да ви улесним. За здраве и добро самочувствие.

А. Данни за члена (основното осигурено лице)

Фамилия, име

Здравноосигурителен номер
(Посочен е във вашата здравна карта mhplus.)

Досега се осигурявах

като член

сътв семейна осигуровка при

Име на здравноосигурителната каса

не се покрива от задължителното здравно осигуряване

Семейно положение

неженен/неомъжена

женен/омъжена*

разделен/а*

разведен/а от

овдовял/а

регистрирано гражданско партньорство съгласно LPartG*

*) Моля, предоставете допълнителни подробности в колоната „Съпруг/а“.

Причина за семейното осигуряване

Начало на моето членство

Раждане на детето

Преселване от чужбина

Край на собственото членство на моя роднина

Брак

Друго

Контакт

Моят телефонен номер(по желание)

Моят имейл адрес (по желание)

Б. Информация за членовете на семейството

Следните данни обикновено се изискват само за членове на семейството, които ще бъдат покрити от нашата семейна осигурителна услуга. Противно на горепосоченото, ние също така изискваме определени данни за вашия съпруг/партньор, ако възнамерявате да направите семейно осигуряване само за децата си при нас и вашият съпруг/партньор е свързан с тези деца. В този случай, освен общата информация, се изискват данни за осигуряването на съпруга/партньора и – ако не са законно осигурени – допълнителна информация за доходите им; доходите трябва да бъдат доказани с доказателство за доходи; добавките, изплащани във връзка с семейното положение, не са включени в информацията за доходите.

Обща информация за членовете на семейството

	Съпруг/а	Дете	Дете	Дете
Начало на семейното осигуряване				
Фамилия**				
**) Ако фамилното име на члена и на члена на семейството се различава, родствената връзка по гражданско състояние трябва да бъде документирана с подходящи документи (напр. удостоверение за брак, удостоверение за гражданско партньорство, акт за раждане) или – ако не е възможно да се представи – да се докаже еднократно с други подходящи документи (напр. известие за детски надбавки).				
Име				
Дата на раждане				
Пол мъжки (м), женски (ж), различен (р), неопределен (х)	(м) (ж) (р) (х)	(м) (ж) (р) (х)	(м) (ж) (р) (х)	(м) (ж) (р) (х)
евентуално адрес, различен от члена				
Роднинска връзка на члена и детето		биологично дете/ осиновено дете доведено дете внуче приемно дете	биологично дете/ осиновено дете доведено дете внуче приемно дете	биологично дете/ осиновено дете доведено дете внуче приемно дете
Има ли вашият съпруг/партньор роднинска връзка с детето? (Моля, попълнете само ако няма роднинска връзка).		Не	Не	Не

Фамилия, име

Здравноосигурителен номер

	Съпруг/а	Дете	Дете	Дете
Име				

Информация за предишното осигуряване на членове на семейството

Предишното осигуряване				
• продължава	Да	Не		
• приключи на				
• В (Наименование на здравноосигурителната каса/ здравното осигуряване)				
• Вид на осигуряването Членство (1), Семейно осигуряване (2), няма законоустановено осигуряване (3) (моля, отбележете)				
Имаше ли по това време семейна застрахователна полица? След това, моля, посочете фамилията и името на лицето, чрез което роднините са били осигурени преди това.	(Име) (Фамилия)	(Име) (Фамилия)	(Име) (Фамилия)	(Име) (Фамилия)

Информация за доходите на членовете на семейството

Самостоятелна заетост	Да	Да	Да	Да
месечна печалба от самостоятелна заетост	евро	евро	евро	евро
Моля, изпратете копие от текущото си данъчно удостоверение за доходи.				
Брутен месечен доход от трудова дейност	евро	евро	евро	евро
обезщетение при уволнение (напр. обезщетение при прекратяване на трудовия договор)	евро	евро	евро	евро
Заетост на непълно работно време (миниджоб)	Да	Да	Да	Да
Законоустановена пенсия, пенсионни обезщетения, корпоративна пенсия, чуждестранна пенсия, други пенсии				
Месечна сума на плащането	евро	евро	евро	евро
Други редовни доходи по смисъла на закона за данъка върху доходите (напр. доход от наем и лизинг, доход от капиталови активи) Вид доход	евро	евро	евро	евро
Моля, изпратете копие от текущото си данъчно удостоверение за доходи.				
Обезщетение за безработица / граждански доход от				

Фамилия, име

Здравноосигурителен номер

	Съпруг/а	Дете	Дете	Дете
Име				

Допълнителна информация за членовете на семейството

Посещаване на училище/ университетско обучение (Моля, при деца над 23 години приложете удостоверение от училище или висше учебно заведение.)		Да до	Да до	Да до
Доброволна военна служба (Моля, приложете уверение за военна служба.)		Да	Да	Да

Информация относно предоставянето на здравноосигурителен номер на членове на семейството, обхванати от семейно осигуряване

Пенсионноосигурителен номер				
-----------------------------	--	--	--	--

Следната информация е необходима само ако все още не е отпуснат пенсионноосигурителен номер.

Рождено име				
Място на раждане				
Държава на раждане				
Националност				

Потвърждавам точността на информацията. Ще ви информирам незабавно за всякакви промени. Това важи по-специално, ако доходите на гореспоменатите ми роднини се променят (напр. Б. ново данъчно удостоверение за приходите в случай на самонаемане) или – в случай на деца, осигурени в семейството – другият родител вече не е член на задължително здравно осигуряване. Бракът на родителите трябва да бъде деклариран и ако другият родител не е здравноосигурен.

Дата

Място

Подпис на члена

Подпис(и)
на член(ове) на семейството

С подписа си декларирам, че имам съгласието на членовете на семейството за подаването да са получили необходимите данни.

В случай на разделени лица, подписът на члена/членовете на семейството е достатъчен.

За подаване до вашия докладващ орган, например работодател, агенция по заетостта.

**Моля,
представете го
своевременно
там.**

Собствено име, фамилия

Улица, номер

Пощенски код / Населено място

Дата на раждане

Информация за новата ми здравноосигурителна компания

Избрах здравноосигурителната каса mhplus за мой бъдещ доставчик на здравно осигуряване.

Заявена промяна на доставчика на здравно осигуряване, считано от: _____

Ето накратко подробности за mhplus: mhplus Betriebskrankenkasse, 71632 Ludwigsburg

Фирмен номер

63494759

Банкови данни

Commerzbank Ludwigsburg,
IBAN DE29 6048 0008 0500 9005 00,
BIC DRESDEFF604
KSK Ludwigsburg,
IBAN DE19 6045 0050 0000 0772 08,
BIC SOLADES1LBG



**Нашите основни
данни с един поглед**

Моля, запазете този сертификат за ваша информация и ме регистрирайте в mhplus.

Ако смяната на здравноосигурителния доставчик все още не е възможна към заявената начална дата, ще Ви информирам съответно.

С уважение

Място, дата, подпис

♥ **Винаги на ваше разположение** ☎ **07141 9790-0**

✉ **info@mhplus.de** f **facebook.com/mhplus**

📷 **instagram.com/deine_mhplus**

📱) **Приложение mhplus Service** 🔍 **www.mhplus.de**