

Formularele tale de cerere.

Foarte *simplu*
Devino membru.

Se întâmplă mai repede decât crezi.

mhplus
Krankenkasse.

**Dacă aveți
întrebări:
Sunati-ne!
07141 9790-1000**

Fă-ne o cerere.

Această broșură conține toate formularele de care aveți nevoie. Rezervă-ți un sfert de oră. Asta este tot ceea ce ai nevoie. Și abonamentul tău este aproape încheiat.

Sau pur și simplu
fă-o online:



Aceasta completează mhplus: Număr intermediar / Nume, prenume angajat

Aș vrea să încep de la		membru obligatoriu		Devino membru voluntar al mhplus.		Număr intermediar	
Datele mele							
nume				prenume			
strada				număr			
cod poștal		localitate					
naționalitate		Stat federal					
telefon (informații voluntare)		e-mail				(informații voluntare)	
Starea civilă		Gen		femeie (f)		bărbat (m)	
						divers (d)	
						nedefinit (x)	
Cod numeric personal							
Nu am încă un număr de asigurări sociale. Vă rog să aplicați în numele meu folosind următoarele informații:							
Data nașterii		Numele de naștere					
Locul nașterii		Țara nașterii					
Codul meu fiscal							
(Acest lucru este menționat în decizia dumneavoastră de impunere.)							
Motivul calității de membru							
S-a schimbat situația mea cu asigurarea. (de exemplu, schimbarea angajatorului)				Statutul meu de asigurare a rămas neschimbat timp de mai bine de 12 luni. (schimbarea furnizorului de asigurări de sănătate cu statutul de asigurare neschimbat)			
Fostul meu furnizor de asigurări de sănătate a majorat rata contribuției suplimentare.				Aceasta este prima dată când am încheiat o asigurare de sănătate la o companie de asigurări de sănătate autorizată.			
Mă angajez în Germania pentru prima dată.				Diverse			
Eu							
lucru		Fac un ucenicie		Studii duale (vă rugăm să trimiteți dovada înscrierii)		Sunt student/studentă care lucrează	
Sunt angajat și asigurat voluntar. Salariul meu anual este de peste 77.400,00 euro.							
Angajatorul meu plătește contribuțiile la asigurarea voluntară de sănătate și îngrijire pe termen lung.							
Plătesc eu însumi contribuțiile pentru asigurarea voluntară de sănătate și îngrijire pe termen lung către mhplus.							
Informații despre cum se calculează contribuția la asigurarea de îngrijire pe termen lung:				Am copii (vă rog să trimiteți dovada).			
Primesc indemnizație de șomaj/alocație de cetățean (vă rog să trimiteți dovada).		Am		Indemnizații de șomaj		Alocație de cetățean solicitată.	
O notificare: Alte grupuri de persoane – vă rugăm să completați pagina următoare							
Datele angajatorului (vă rugăm să solicitați angajatorului numărul companiei – întotdeauna 8 cifre).							
Numele companiei				telefon			
adresa							
Numărul companiei		angajat din					
Alte informații (vă rugăm bifați după caz)							
De asemenea, desfășor o activitate independentă (vă rugăm să completați pagina următoare).							
Studiez în paralel cu locul de muncă (vă rog să trimiteți dovada înscrierii și să completați și pagina următoare).				Numărul de ore lucrate (săptămânal)			
Primesc o pensie de la Casa de Asigurare de Pensii din Germania sau de la o instituție comparabilă din străinătate (vă rugăm să trimiteți extrasul de cont).							
Primesc beneficii, de exemplu, pensii, pensii de companie și pensii suplimentare (vă rugăm să trimiteți notificarea de la biroul de pensii).							
Am fost scutit de asigurarea obligatorie de sănătate la cerere (vă rugăm să trimiteți o copie a notificării).							
Primesc prestații din asigurarea legală de îngrijire pe termen lung.							
Informații despre asigurarea medicală anterioară							
Am fost anterior		asigurare obligatorie		asigurat voluntar		asigurare de familie	
						asigurat privat	
						asigurat în străinătate	
Numele fostei companii de asigurări de sănătate				din		până	
Am ales un tarif opțional acolo.							
Asigurare de familie							
Aș dori să-mi includ membrii familiei în asigurare gratuit.				Vă rog să-mi trimiteți o aplicație.		Aplicația este inclusă.	

Nume, Prenume

Data nașterii

Eu

Sunt funcționar public

Sunt pensionar

administra gospodăria

Primesc ajutor social

Merg la școală (vă rog să trimiteți adeverința școlară)

Studiez (vă rugăm să trimiteți dovada înscrierii)

Sunt pensionar (vă rugăm să atașați extrasul de pensie)

Am solicitat pensie pe

Sunt liber profesionist ca

Sunt fondator de afacere cu o subvenție pentru startup(vă rugăm să trimiteți notificarea)

Informații suplimentare despre activități independente

Numărul de ore de lucru săptămânale

Numărul de angajați din care angajați marginal

Fac această muncă cu normă întreagă.

Vă rog să-mi trimiteți informații despre asigurarea cu concediu medical plătit de la începutul celei de-a 7-a săptămâni (doar pentru persoanele care desfășoară activități independente ca ocupație principală) .

Informații privind nivelurile de venit

Venitul meu brut lunar este de peste 5.812,50 € (anual 69.750,00 €).

Soțul/soția mea nu este acoperit(ă) de asigurarea medicală obligatorie (vă rugăm să trimiteți dovada venitului).

Numărul de copii aflați în întreținere (excluzând veniturile proprii): dintre care sunt copii pe care îi au împreună

Informații despre venitul meu	euro lunar	anual în euro	Vă rugăm să trimiteți copii ale următoarelor documente.
Venituri din activități independente			ultima evaluare a impozitului pe venit (complet) și înregistrarea afacerii
Salariu din angajare			ultimul fluturaș de salariu
Salariu brut lunar			Dovada plății unice
Plăți unice din ultimele 12 luni			Dovada beneficiului monetar
Alte beneficii în natură (de exemplu, mașină de serviciu)			
Pensii			
de exemplu, pensii pentru limită de vârstă, pensii de urmaș și pensii de accidente, pensii străine			
Tip			extras de pensie actual
Tip			extras de pensie actual
Beneficii brute de pensie			
de exemplu, pensii, pensii ale companiei și pensii suplimentare			
Tip			extras de pensie actual
Tip			extras de pensie actual
Plăți unice			Dovada plății unice
Venituri din chirii și leasing			ultima evaluare a impozitului pe venit (complet)
Dobânzi și alte venituri din active de capital			ultima evaluare a impozitului pe venit (complet)
Indemnizație de concediere			Acord privind plata compensatorie
Asistență socială/sprjin pentru venitul de bază			Notificare privind asistența socială
Alte venituri – Tip			Dovada venitului

Venitul meu lunar este mai mic de 1.318,33 €. Mie îmi este asigurată existența

Avem nevoie de aceste informații doar pentru aplicațiile minorilor.

Prenumele, numele, data nașterii persoanei reprezentate legal și, dacă este cazul, o altă adresă.

Certific că toate informațiile furnizate sunt adevărate. Vă voi informa în curând despre toate modificările viitoare. Vă voi trimite documentația corespunzătoare (de exemplu, declarația de impozit pe venit). Sunt conștient de faptul că informațiile incomplete sau neadevărate vor duce la o recalculare a contribuției.

Data

semnătura

Completabil doar prin mhplus: Numele angajatului, prenumele

Consimțământul meu pentru utilizarea datelor mele

Datele mele

Sunt deja membru al asigurării de sănătate mhplus.

Nu sunt încă membru mhplus. Consimțământul rămâne valabil pe durata calității de membru.

nume																										
prenume														Data nașterii												
strada, Nr.																										
cod poștal											localitate															
telefon																										
număr de telefon mobil																										
e-mail																										

Consimțământ pentru a fi contactat de mhplus

Sunt de acord cu următoarele:

- mhplus mă poate informa și consilia
- + cu privire la acoperirea asigurării mele,
 - + noile servicii și calitatea serviciilor și
 - + îmi poate adresa întrebări pentru a îmbunătăți serviciile. mhplus poate contracta un furnizor de servicii în acest scop.

mhplus are permisiunea de a utiliza următoarele metode de contact:

prin telefon: Da Nu

prin e-mail: Da Nu

prin SMS: Da Nu

O notificare:

Limita legală de vârstă pentru a da consimțământul independent este de 16 ani. Pentru copiii sub 16 ani este necesar consimțământul părinților sau al tutorilor.

Fișa informativă (vezi verso) explică modul în care mhplus utilizează datele.

Protecția datelor.

Protejarea datelor dumneavoastră este foarte importantă pentru noi. Prin urmare, vă informăm ce date prelucrăm.

Scopul consimțământului dumneavoastră

mhplus oferă informații despre acoperirea asigurării dumneavoastră. Vă vom trimite informații despre noile servicii și produse. În plus, vă vom informa și despre ofertele partenerilor noștri, companiile private de asigurări de sănătate. În acest fel, beneficiați de extra-uri atractive! Acestea sunt adaptate special nevoilor dumneavoastră profesionale sau private.

mhplus te-ar putea invita și la un sondaj pentru clienți cândva. Pentru că părerea și experiența ta sunt importante pentru noi! Ne ajută să optimizăm serviciile noastre pentru dumneavoastră. Pentru a obține sau a solicita anumite informații de la dumneavoastră, este posibil să fie angajat și un furnizor de servicii de la mhplus. Acestea includ informații despre calitate, servicii și asigurări.

Ce date prelucrează mhplus?

Contul tău mhplus prelucrează doar datele pe care le-ai furnizat prin consimțământul tău.

Vor fi datele transmise către terți?

Când colaborăm cu un furnizor de servicii legitim, transmitem doar datele incluse în consimțământul dumneavoastră. Acest lucru permite furnizarea serviciului.

Cât timp vor fi stocate datele?

Datele din consimțământul dumneavoastră vor fi stocate atât timp cât sunteți asigurat la noi sau vă retrageți consimțământul. Datele pe care le trimitem unui furnizor de servicii pentru a îndeplini comanda acestuia pot fi stocate de acesta până la finalizarea comenzii. Odată ce comanda este îndeplinită, furnizorul de servicii trebuie să șteargă datele. mhplus va primi o confirmare scrisă în acest sens de la furnizorul de servicii.

Unde vă puteți retrage consimțământul?

Pur și simplu trimiteți un mesaj la info@mhplus.de. Sau sunați-ne: 07141 9790-0. Important: Introduceți „declarație de consimțământ” ca și cuvânt cheie. Vă puteți retrage consimțământul în orice moment, imediat, pe viitor sau doar parțial.

Temeiul juridic pentru prelucrarea datelor

Datele sunt prelucrate pe baza consimțământului, în conformitate cu articolul 6 alineatul 1 teza 1a din Regulamentul general privind protecția datelor (RGPD).

Puteti găsi mai multe informații despre protecția datelor și despre responsabilul nostru cu protecția datelor aici:

www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz

Pur și simplu. **Mai mult. Tu.**

Orice faci în viața ta de zi cu zi. Ne vom ocupa noi de toate, ca să poți avea grijă de familia ta. Indiferent dacă utilizați serviciile noastre sau aveți întrebări. Suntem aici pentru a vă ușura lucrurile. Pentru sănătate și o stare de bine.

neacoperit de asigurarea medicală obligatorie

*) Vă rugăm să furnizați detalii suplimentare în coloana „Sot/sotie”.

Diverse

Adresa mea de e-mail (optional)

Informatii generale despre membrii familiei

01/2026 Pagina 1 din 3

Nume, prenume

Număr de asigurare

	Sot/soție	copil	copil	copil
prenume				

Informații despre asigurarea anterioară a membrilor familiei

Asigurarea anterioară				
• continuă • s-a încheiat pe • la (Numele companiei de asigurări de sănătate/Asigurare de sănătate) • Tip de asigurare: Abonament (1), Asigurare familială (2), Fără asigurare legală (3) (vă rugăm să bifați)	Da Nu			
Exista vreo poliță de asigurare familială la vremea respectivă? Atunci vă rugăm să furnizați numele și prenumele persoanei prin care rudele au fost asigurate anterior.	(Prenume) (Nume)	(Prenume) (Nume)	(Prenume) (Nume)	(Prenume) (Nume)

Informații privind veniturile membrilor familiei

Activitate independentă	Da	Da	Da	Da
profit lunar din activități independente	euro	euro	euro	euro
Vă rugăm să trimiteți o copie a declarației dumneavoastră actuale de impozit pe venit.				
Câștiguri brute lunare din salarii	euro	euro	euro	euro
Indemnizație de concediere (de exemplu, indemnizație de concediere)	euro	euro	euro	euro
Angajare cu fracțiune de normă (minijob)	Da	Da	Da	Da
Pensie legală, beneficii de pensie, pensie de companie, pensie străină, alte pensii				
Suma plății lunare	euro	euro	euro	euro
Alte venituri regulate în sensul legislației privind impozitul pe venit (de exemplu, venituri din închiriere și leasing, venituri din active de capital)	euro	euro	euro	euro
Tipul de venit				
Vă rugăm să trimiteți o copie a declarației dumneavoastră actuale de impozit pe venit.				
Indemnizație de șomaj / Alocație de cetățean începând din				

Nume, prenume

Număr de asigurare

	Soț/soție	copil	copil	copil
prenume				

Informatii suplimentare despre membrii familiei

Prezența la școală/Studii universitare (Vă rugăm să includeți certificatele de înscriere la școală sau universitate pentru copiii cu vârsta de 23 de ani și peste.)		Da până	Da până	Da până
Serviciul militar voluntar (Vă rugăm să atașați fișa dumneavoastră de service.)		Da	Da	Da

Informatii privind alocarea unui număr de asigurare medicală pentru membrii familiei acoperiți de asigurarea familială

Numărul de asigurare de pensie				
--------------------------------	--	--	--	--

Următoarele informații sunt necesare numai dacă nu a fost încă atribuit un număr de asigurare de pensie.

Numele de naștere				
Locul nașterii				
Țara nașterii				
naționalitate				

anterior se modifică (de exemplu, B. o nouă stabilire a impozitului pe venit în cazul activității independente) sau – în cazul copiilor asigurați de familie – celălalt părinte nu mai este membru al unei asigurări de sănătate obligatorii. Căsătoria părinților trebuie, de asemenea, declarată dacă celălalt părinte nu este acoperit de asigurarea medicală obligatorie.

Data și	locuția
---------	---------

Semnătura membrului

Prin semnarea acestui document, declar că am obținut consimțământul membrilor familiei mele pentru furnizarea datelor necesare.

Semnătura membrului/membrilor de familie

Pentru persoanele separate, semnătura membrului (membrului) familiei este suficientă.

Pentru transmiterea către autoritatea de raportare, de exemplu, angajator, agenție de ocupare a forței de muncă.

**Vă rog să-l
livrați acolo
la timp.**

Prenume Nume de familie

Stradă, număr casă

Cod poștal / Oraș

Data nașterii

Informații despre noua mea companie de asigurări de sănătate

Am ales asigurarea de sănătate a companiei mhplus ca viitor furnizor de asigurări de sănătate.

Schimbarea solicitată a furnizorului de asigurări de sănătate este valabilă de la: _____

Iată detaliile despre mhplus pe scurt: fondul de asigurări de sănătate al companiei mhplus,
71632 Ludwigsburg

Număr de înregistrare al companiei 63494759

Detalii bancare

Commerzbank Ludwigsburg,

IBAN DE29 6048 0008 0500 9005 00,

BIC DRESDEFF604

KSK Ludwigsburg,

IBAN DE19 6045 0050 0000 0772 08,

BIC SALADES 1LBG



**Datele noastre
principale
dintr-o privire**

Vă rog să păstrați acest certificat pentru evidențele dumneavoastră
și să mă înregistrați la mhplus.

În cazul în care schimbarea furnizorului de asigurări de sănătate nu este încă posibilă la data
de începere solicitată, vă voi informa în consecință.

Salutări calde

Locul, data, semnătura

♥ **Întotdeauna acolo pentru tine** ☎ **07141 9790-0**

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

📷 **instagram.com/deine_mhplus**

📱 **Aplicația de service mhplus** 🔍 **www.mhplus.de**