

Ваші форми заявок.

Дуже просто стати учасником.

Це швидше, ніж ви думаєте.

mhplus
Krankenkasse.

Приєднатися до mhrplus усього за кілька кроків.

Якщо є запитання,
зателефонуйте нам!
07141 9790-1000

Подайте нам заявку.

Цей буклет містить усі необхідні вам форми.
Приділіть усього чверть години. Це все, що вам
потрібно. І ваше членство майже оформлено.

Або просто зробіть
це онлайн:



Це заповнює mhplus: Номер агента / Прізвище та ім'я працівника

Починаючи з я хочу стати		обов'язковий членом	добровільним членом mhplus.		Номер агента
Мої дані					
Прізвище		Ім'я			
Вулиця		Номер будинку			
Поштовий індекс		Населений пункт			
Національність		Федеральна земля			
Телефон (добровільна інформація)		Електронна пошта		(Добровільна інформація)	
Сімейний стан		Стать	жінка (ж)	чоловік (ч)	різноманітний (d) невизначений (x)
Номер соціального страхування					
У мене ще немає номера соціального страхування. Будь ласка, подайте заявку від мого імені, використовуючи наступну інформацію:					
Дата народження		Ім'я та прізвище при народженні			
Місце народження		Країна народження			
Мій податковий ідентифікаційний номер (він зазначений у вашій податковій декларації)					
Причина приєднання					
Моя страхова ситуація змінилася. (наприклад, зміна роботодавця)		Мій страховий статус залишається незмінним вже понад 12 місяців. (зміна постачальника медичного страхування без зміни страхового статусу)			
Мій попередній постачальник медичного страхування збільшив ставку додаткового внеску.		Я вперше оформлюю медичне страхування у постачальника обов'язкового медичного страхування.			
Я вперше влаштовуюся на роботу в Німеччині.		Інше			
Я працюю навчаюся навчаюся у форматі подвійного навчання (будь ласка, надішліть підтвердження зарахування) працюючий студент					
Я працюю і маю добровільне медичне страхування. Моя річна зарплата становить понад 77 400,00 євро.					
Мій роботодавець сплачує внески за добровільне медичне страхування на випадок захворювання та довгострокового догляду.					
Я самостійно сплачую внески за добровільне медичне страхування на випадок захворювання та довгострокового догляду до mhplus.					
Інформація про розрахунок внеску за страхування на випадок довгострокового догляду: У мене є діти (будь ласка, надішліть підтвердження).					
Я отримую допомогу по безробіттю/соціальну допомогу (будь ласка, надішліть підтвердження оплати) .					
Я подав/подала заявку на допомогу по безробіттю соціальну допомогу.					
Примітка: Якщо ви належите до іншої групи осіб, заповніть наступну сторінку					
Дані про роботодавця (будь ласка, запитайте у свого роботодавця номер компанії – це завжди 8 цифр).					
Назва компанії		Телефон			
Адреса					
Номер співробітника		Дата працевлаштування			
Інша інформація (будь ласка, позначте відповідне)					
Я також маю самозайнятість (будь ласка, заповніть наступну сторінку).					
Я навчаюся паралельно з роботою (будь ласка, надішліть підтвердження зарахування і заповніть наступну сторінку).		Кількість робочих годин (на тиждень)			
Я отримую пенсію від Державного пенсійного фонду Німеччини або аналогічної установи за кордоном (будь ласка, надішліть довідку про пенсію).					
Я отримую виплати, як-от пенсії, корпоративні пенсії та додаткові пенсії (будь ласка, надішліть підтвердження з пенсійної установи).					
Мене звільнили від обов'язкового медичного страхування за заявою (будь ласка, надішліть копію підтвердження).					
Я отримую допомогу в рамках обов'язкового страхування на випадок довгострокового догляду.					
Інформація про попереднє медичне страхування					
У мене раніше було		обов'язкове страхування	добровільне страхування	сімейне страхування	приватне страхування страхування за кордоном
Назва попередньої компанії медичного страхування		з		до	
Там у мене був додатковий тариф.					
Сімейне страхування					
Я хочу безкоштовно включити членів моєї родини до своєї страховки.		Будь ласка, надішліть мені заявку.		Заявка додається.	
Дата		Підпис			

Прізвище, ім'я

Дата народження

Я

державний службовець

на пенсії

керую домашнім господарством

отримую соціальну допомогу

навчаюся у школі (будь ласка, надішліть довідку зі школи)

навчаюся у ВИШі (будь ласка, адішліть підтвердження зарахування)

на пенсії (будь ласка, додайте довідку про пенсійний стан)

подав/подала заявку на отримання пенсії

самозайнята особа в якості

засновник бізнесу зі стартовим грантом (будь ласка, додайте підтвердження)

Додаткова інформація про самозайнятість

Кількість робочих годин на тиждень

Кількість працівників із них незначно зайняті

Це моя основна робота.

Будь ласка, надішліть мені інформацію про страхування з оплатою лікарняних з початку 7-го тижня (лише для самозайнятих осіб, у яких це основна робота) .

Інформація про рівень доходів

Мій щомісячний валовий дохід перевищує 5812,50 євро (69 750,00 євро на рік).

Мій чоловік/дружина не має обов'язкового медичного страхування (будь ласка, надішліть підтвердження доходу).

Кількість дітей на утриманні (без власного доходу): із них спільних дітей

Інформація про мій дохід	Євро на місяць	Євро на рік	Будь ласка, надішліть копії наступних документів
Дохід від самозайнятості			останнє повідомлення про розмір податку з доходів (повністю) та реєстрацію бізнесу
Заробітна плата/оклад на місці роботи Щомісячна валова зарплата Одноразові виплати за останні 12 місяців Інші виплати в натуральній формі (наприклад, службовий автомобіль)			остання платіжна відомість
			Підтвердження одноразової виплати
			Підтвердження негрошової вигоди
Пенсія(-і) Наприклад, пенсії за віком, через втрату годувальника, через нещасний випадок, пенсії за кордоном			
	Вид		Повідомлення про поточний розмір пенсії
	Вид		Повідомлення про поточний розмір пенсії
Валові пенсійні виплати Наприклад, пенсії, корпоративні пенсії та додаткові пенсії			
	Вид		Повідомлення про поточний розмір пенсії
	Вид		Повідомлення про поточний розмір пенсії
	Одноразові виплати		Підтвердження одноразової виплати
Дохід від оренди			Останнє повідомлення про розмір податку з доходів (повністю)
Відсотки та інші доходи від капітальних активів			Останнє повідомлення про розмір податку з доходів (повністю)
Відступні			Угода про відступні
Соціальна допомога/базове забезпечення			Довідка про соціальну допомогу
Інші доходи – тип			Підтвердження доходу

Мій щомісячний дохід становить менше ніж 1318,33 євро. Моє існування забезпечується завдяки

Ця інформація нам потрібна лише в разі заявки від неповнолітньої особи.

Ім'я, прізвище, дата народження особи, яку представляє законний представник, та адреса, якщо вона відрізняється

Я підтверджую, що вся надана мною інформація є правдивою. Про всі майбутні зміни я повідомлятиму вас негайно. Я надішлю вам відповідні підтверджуючі документи (наприклад, повідомлення про розмір податку з доходів).

Я усвідомлюю, що надання неповної або неправдивої інформації призведе до перерахунку внеску.

Дата

Підпис

01/2026

Заповнює тільки mhplus: Прізвище та ім'я працівника

Моя згода на використання моїх даних

Мої дані

Я вже є учасником медичного страхування mhplus.

Я ще не є учасником mhplus. Згода залишається дійсною протягом усього терміну членства.

Прізвище

Ім'я

Вулиця,
№ будинку

Поштовий
декс

Населений
пункт

Телефон

Електронна
пошта

Номер мобіль-
ного телефону

Дата народження

Згода на зв'язок із mhplus

Я погоджуюся з наступним:

mhplus може інформувати та консультувати мене

+ щодо мого страхового покриття

+ щодо нових послуг

+ щодо опитувань з якості обслуговування для покращення сервісу. mhplus може найняти для цього постачальника послуг.

mhplus може використовувати такі способи зв'язку:

телефон:

Так

Ні

електронна пошта:

Так

Ні

SMS:

Так

Ні

Примітка:

законодавче обмеження віку для надання самостійної згоди становить 16 років.

Для дітей віком до 16 років потрібна згода батьків або опікунів.

В інформаційному листі (див. на звороті) пояснюється, як mhplus використовує ці дані.

Захист персональних даних.

Захист ваших персональних даних дуже важливий для нас. Тому ми повідомляємо вам, які дані ми обробляємо.

Мета вашої згоди

mhplus надає вам інформацію про ваше страхове покриття. Ми надсилатимемо вам інформацію про нові послуги та продукти. Ми також повідомляємо вас про пропозиції від наших партнерів – приватних компаній медичного страхування. Тож ви отримуєте привабливі додаткові послуги! Вони спеціально адаптовані до ваших професійних та особистих потреб.

mhplus також може запросити вас прийняти участь в опитуванні клієнтів. Адже ваша думка та досвід важливі для нас! Це допомагає нам оптимізувати наші послуги для вас. Для отримання або запиту певної інформації від вас mhplus може залучити постачальника послуг. Це включає інформацію про якість, послуги та страхування.

Які дані обробляє mhplus?

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

Чи передаватимуться дані третім сторонам?

Коли ми залучаємо законного постачальника послуг, ми передаємо лише ті дані, які вказані у вашій згоді. Це дозволяє нам надавати відповідні послуги.

Як довго зберігатимуться дані?

Дані, отримані з вашої згоди, зберігатимуться, поки ви маєте у нас страховку або доки ви не відкликаєте свою згоду. Дані, які ми надсилаємо постачальнику послуг для виконання його завдання, можуть зберігатися в нього до завершення виконання. Після виконання завдання постачальник послуг повинен видалити дані. mhplus отримає від постачальника послуг відповідне письмове підтвердження.

Де ви можете відкликати свою згоду?

Просто надішліть повідомлення на адресу info@mhplus.de. Або зателефонуйте нам за номером: 07141 9790-0. Важливо: Введіть ключове слово «заява про згоду». Ви можете негайно відкликати свою згоду будь-коли – повністю або частково.

Правова основа для обробки даних

Дані обробляються на підставі згоди відповідно до Загального регламенту про захист даних (GDPR).

Більше інформації про захист даних та нашого співробітника з захисту даних ви можете знайти тут:
www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz

Просто. **Більше. Ви.**

Що б ви не робили у своєму повсякденному житті, ми подбаємо про все, щоб ви могли піклуватися про свою сім'ю. Незалежно від того, чи ви користуєтеся нашими послугами і чи маєте якісь запитання. Ми завжди поруч, щоб полегшити вам життя. Для здоров'я та гарного самопочуття

A. Відомості про учасника (основна застрахована особа)

Прізвище, Ім'я

Номер страховки
(Він зазначений у вашій медичній картці mhplus.)

В мене раніше

була страховка в якості учасника

була страховка в якості члена сім'ї в

не було медичної страховки

Назва компанії медичного страхування

Сімейний стан

не в шлюбі

в шлюбі*

проживаю окремо*

розлучений(-а) з

удівець/удова

зареєстроване цивільне партнерство згідно з LPartG*

*) Будь ласка, надайте додаткову інформацію у колонці «Дружина/чоловік».

Причина сімейного страхування

Початок мого членства

Народження дитини

Поповнення з-за кордону

Закінчення членства мого родича

Шлюб

Інше

Контактна інформація

Мій номер телефону (необов'язково)

Моя адреса електронної пошти (необов'язково)

B. Інформація про членів сім'ї

Наступні дані, як правило, потрібні лише стосовно членів сім'ї, які мають бути включені до нашого сімейного страхування. На відміну від вищезазначеного, нам потрібні певні дані про вашого чоловіка/дружину/партнера, якщо ви маєте намір оформити у нас сімейне страхування лише для своїх дітей і ваш чоловік/дружина/партнер є родичем цих дітей. У цьому випадку окрім загальної інформації потрібні також дані про страхування чоловіка/дружини/партнера та – якщо вони не мають юридичного страхування – додаткова інформація про їхній дохід; дохід має бути підтверджений документально; доплати, що виплачуються з урахуванням сімейного стану, не включаються до інформації про дохід.

Загальна інформація про членів сім'ї

	Чоловік/дружина	Дитина	Дитина	Дитина
Початок сімейного страхування				
Прізвище**				
**) Якщо прізвища членів сім'ї відрізняються, цивільний стан має бути підтверджений відповідними документами (наприклад, свідоцтвом про шлюб, свідоцтвом про цивільне партнерство, свідоцтвом про народження), а якщо його неможливо надати, – іншими відповідними документами (наприклад, повідомленням про отримання допомоги на дитину).				
Ім'я				
Дата народження				
Стать чоловік (ч), жінка (ж), різноманітний (р), невизначений (х)	(ч) (ж) (р) (х)	(ч) (ж) (р) (х)	(ч) (ж) (р) (х)	(ч) (ж) (р) (х)
Адреса, якщо відрізняється від адреси члена				
Родинні зв'язки члена та дитини		рідна дитина/ усиновлена дитина пасинок/падчерка онук/онука прийомна дитина	рідна дитина/ усиновлена дитина пасинок/падчерка онук/онука прийомна дитина	рідна дитина/ усиновлена дитина пасинок/падчерка онук/онука прийомна дитина
Чи є ваш чоловік/дружина родичем дитини? (Будь ласка, заповнюйте лише за відсутності родинних зв'язків).		Ні	Ні	Ні

Прізвище, ім'я

Номер страховки

	Чоловік/дружина	Дитина	Дитина	Дитина
Ім'я				

Інформація про попереднє страхування членів сім'ї

Попередня страховка				
• продовжується	Так Ні			
• закінчилася				
• В (назва лікарняної каси/ компанії медичного страхування)				
• Тип страхування: членство (1), сімейне страхування (2), не застрахований юридично (3) (будь ласка, позначте)				
Чи існував досі сімейний страховий поліс? Тоді вкажіть прізвище та ім'я особи, через яку родичі були застраховані раніше.	(Ім'я) (Прізвище)	(Ім'я) (Прізвище)	(Ім'я) (Прізвище)	(Ім'я) (Прізвище)

Інформація про доходи членів сім'ї

Самозайнятість	Так	Так	Так	Так
щомісячний дохід від самозайнятості	Євро	Євро	Євро	Євро
Будь ласка, надішліть копію вашого поточного повідомлення про розмір податку з доходів.				
Щомісячний валовий заробіток від зайнятості	Євро	Євро	Євро	Євро
Компенсація за звільнення (наприклад, відступні)	Євро	Євро	Євро	Євро
Часткова зайнятість (підробіток)	Так	Так	Так	Так
Державна пенсія, пенсійні виплати, корпоративна пенсія, пенсія за кордоном, інші пенсії				
Сума щомісячного платежу	Євро	Євро	Євро	Євро
Інший регулярний дохід у розумінні законодавства про податок з доходів (наприклад, дохід від оренди чи капітальних активів)	Євро	Євро	Євро	Євро
Тип доходу				
Будь ласка, надішліть копію вашого поточного повідомлення про розмір податку з доходів.				
Допомога по безробіттю / соціальна допомога з				

Прізвище, Ім'я

Номер страховки

	Чоловік/дружина	Дитина	Дитина	Дитина
Ім'я				

Додаткова інформація про членів сім'ї

Навчання у школі/ВИШІ (для дітей віком від 23 років слід додати довідку зі школи або ВИШу)		Так до	Так до	Так до
Добровільна військова служба (Будь ласка, додайте свій військовий білет.)		Так	Так	Так

Інформація про присвоєння номерів медичного страхування членам сім'ї, які включені до сімейного страхування

Номер пенсійного страхування				
------------------------------	--	--	--	--

Наступна інформація потрібна, лише якщо номер пенсійного страхування ще не присвоєно.

Ім'я та прізвище при народженні				
Місце народження				
Країна народження				
Громадянство				

Я підтверджую точність наданої інформації. Я негайно повідомлю вас про будь-які зміни. Це стосується, зокрема, таких випадків: якщо дохід моїх вищезгаданих родичів зміниться (наприклад, нове повідомлення про розмір податку з доходів у випадку самозайнятості); або, у випадку дітей із сімейним страхуванням, якщо інший із батьків більше не буде учасником обов'язкового медичного страхування. Про шлюб батьків також необхідно повідомити, якщо інший із батьків не має обов'язкового медичного страхування.

Дата

Місце

Підпис члена/члена

Підпис члена/члена сім'ї

Своїм підписом я підтверджую, що маю згоду членів сім'ї на подання необхідних даних.

У випадку осіб, які проживають окремо, достатньо підпису члена(-ів) сім'ї.

Для подання до вашого органу звітності, наприклад, роботодавця, агентства зайнятості.

**Будь ласка,
подайте
своєчасно.**

Ім'я, прізвище

Вулиця, номер будинку

Поштовий індекс, населений пункт

Дата народження

Інформація про мою нову лікарняну касу

Я обираю компанію mhplus як свого майбутнього постачальника медичного страхування.

Запит на зміну лікарняної каси від: _____

Ось коротка інформація про mhplus: лікарняна каса mhplus, 71632 Людвігсбург

Номер компанії 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, збережіть цю довідку у своїй документації та зареєструйте мене в mhplus.

Якщо зміна постачальника медичного страхування буде неможлива на бажану дату початку, я повідомлю вас про це.

З повагою

Місце, дата, підпис

**Огляд наших
основних даних.**

♥ **Завжди до ваших послуг** ☎ **07141 9790-0**
✉ **info@mhplus.de** f **facebook.com/mhplus**
📷 **instagram.com/deine_mhplus**
📱)) **Сервісний додаток mhplus** 🔍 **www.mhplus.de**