

Cererile tale.

Poți deveni *membru*
foarte simplu.

Se întâmplă mai repede decât crezi.

mhplus
Krankenkasse.

**Dacă ai vreo
întrebare:
Contactează-ne!
07141 9790-1000**

Fă te rog o cerere.

În această broșură găsești toate formularele
de care ai nevoie. Durează un sfert de oră.
Asta e tot ce ai nevoie. Și calitatea de membru
este aproape finalizată.

Acestea vor fi completate de mhplus: Număr agent/Nume de familie, prenume angajat
(Das füllt die mhplus aus: Vermittlernummer / Name, Vorname Mitarbeiter)

Din data de (Ich möchte ab dem)	ZZLLAAAA	aș dori să devin membru obligatoriu (Pflichtmitglied)	☐	sau membru voluntar al mhplus. (freiwilliges Mitglied der mhplus werden.)	☐	Numărul agentului (Vermittlernummer)	
------------------------------------	---------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	--------------------------------------	-------------

Datele mele (Meine Daten)			
Nume (Name)		Prenume (Vorname)	
Stradă (Straße)		Număr (Hausnummer)	
Cod poștal (PLZ)		Localitate (Ort)	
Naționalitate (Nationalität)		Land federal (Bundesland)	
Telefon (Telefon)		E-mail (E-Mail)	
Stare civilă (Familienstand)		Gen (Geschlecht)	
		feminin (f) (weiblich (w))	
		masculin (m) (männlich (m))	
		divers (d) (divers (d))	
		nedeterminat (x) (unbestimmt (x))	

Cod numeric personal (Sozialversicherungsnummer)
Nu am încă un număr de securitate socială. Vă rog să solicitați acest lucru pentru mine cu următoarele date:
(Ich habe noch keine Sozialversicherungsnummer. Bitte beantragen Sie diese für mich mit den folgenden Angaben:)

Data nașterii (Geburtsdatum)	ZZLLAAAA	Numele la naștere (Geburtsname)	
Locul nașterii (Geburtsort)		Țara natală (Geburtsland)	

Codul meu fiscal (CNP) (Meine Steuer-ID) (Acesta este trecut în declarația dvs. de impozit.) ((Diese steht auf Ihrem Steuerbescheid.))

Motivul aderării (Anlass der Mitgliedschaft)

☐ Relația mea de asigurare s-a schimbat. (Mein Versicherungsverhältnis hat sich geändert.) (de exemplu, schimbarea angajatorului) ((z. B. Wechsel des Arbeitgebers))	☐ Relația mea de asigurare nu s-a schimbat de peste 12 luni. (schimbarea companiei de asigurări cu relația de asigurare neschimbată) (Mein Versicherungsverhältnis ist seit mehr als 12 Monaten unverändert. (Kassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis).)
☐ Compania mea anterioară de asigurări de sănătate a crescut contribuția suplimentară. (Meine bisherige Kasse hat den Zusatzbeitragssatz erhöht.)	☐ Închei pentru prima dată asigurare la o companie de asigurări de sănătate. (Ich versichere mich zum ersten Mal bei einer gesetzlichen Krankenkasse.)
☐ Mă angajez pentru prima dată în Germania. (Ich nehme erstmals eine Beschäftigung in Deutschland auf.)	☐ Altele (Sonstiges:)

Eu (Ich) ☐ lucrez
(arbeite) ☐ fac studii
(mache eine Ausbildung) ☐ studiez dual (vă rugăm să ne trimiteți dovada sau adeverința de studii)
(studiere dual (bitte Studienbescheinigung mitsenden)) ☐ sunt un student activ (angajat)
(bin Werkstudent)

☐ Sunt angajat și sunt asigurat voluntar. Salariul meu anual este de peste 73.800,00 EUR.
(Ich bin angestellt und freiwillig versichert. Mein Jahresgehalt liegt über 73.800,00 Euro.)

☐ Angajatorul meu plătește contribuțiile la asigurarea voluntară de sănătate și asistență medicală.
(Mein Arbeitgeber führt die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung ab.)

☐ Plătesc personal contribuțiile către mhplus pentru asigurarea voluntară de sănătate și îngrijire medicală.
(Ich zahle die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung selber an die mhplus.)

Informații privind calcularea contribuției la asigurarea de îngrijire medicală: ☐ Am copii (vă rugăm să trimiteți dovada).
(Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung: Ich habe Kinder (bitte Nachweis mitsenden).)

☐ Primeșc ajutor de șomaj/venit de cetățean (vă rugăm trimiteți dovada). ☐ Am solicitat
(Ich erhalte Arbeitslosengeld (bitte Bescheid mitsenden)) ☐ ajutorul de șomaj ☐ venitul de cetățean.
(Ich habe Arbeitslosengeld (Arbeitslosengeld II beantragt).)

Notă: Alte grupuri de persoane – vă rugăm să completați următoarea pagină (Hinweis: Weitere Personengruppen - bitte Folgeseite ausfüllen)

Informații despre angajator (Vă rugăm să cereți angajatorului numărul societății - mereu 8 cifre.) (Angaben zum Arbeitgeber (Betriebsnummer bitte beim Arbeitgeber erfragen – immer 8-stellig.))

Numele societății (Firmenname)		Telefon (Telefon)	
Adresa (Adresse)			
Numărul societății (Betriebsnummer)		angajat din data de (beschäftigt seit)	ZZLLAAAA

Alte date (vă rugăm să bifați după caz) (Sonstige Angaben (bitte zutreffendes ankreuzen))

☐ De asemenea, lucrez pe cont propriu (vă rugăm să completați următoarea pagină). (Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus (bitte Folgeseite ausfüllen).)	☐ Studiez pe lângă faptul că sunt angajat (vă rugăm să trimiteți dovada sau adeverința de studii și să completați pagina următoare). Numărul de ore la locul de muncă unde sunteți angajat (săptămânale) (Ich studiere neben meiner Beschäftigung (bitte Studienbescheinigung mitsenden und zusätzlich Folgeseite ausfüllen).) (Stundenanzahl Beschäftigung (wöchentlich))
☐ Primeșc o pensie de la asigurările de pensii germane sau de la o instituție comparabilă din străinătate (vă rugăm să trimiteți dovada privind pensia primită). (Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung oder eines vergleichbaren Trägers im Ausland (bitte Rentenbescheid mitsenden).)	☐ Primeșc prestații de pensie, pensii, pensii de companie și pensii suplimentare (vă rugăm să trimiteți notificarea primită de la biroul de pensii). (Ich erhalte Versorgungsbezüge, z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten (bitte Bescheid der Versorgungsstelle mitsenden).)
☐ Am fost scutit de asigurarea obligatorie de sănătate la cererea mea (vă rugăm să trimiteți o copie a notificării). (Ich wurde auf Antrag von der Krankenversicherungspflicht befreit (bitte Kopie des Bescheides mitsenden).)	☐ Primeșc indemnizații statutare de asigurare privind îngrijirea medicală. (Ich erhalte Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.)

Informații despre asigurările de sănătate anterioare (Angaben zur bisherigen Krankenversicherung)

Până acum (Ich war bisher)	☐ am avut asigurare obligatorie (pflichtversichert)	☐ voluntară (freiwillig versichert)	☐ asigurare de familie (familienversichert)	☐ asigurare privată (privat versichert)	☐ am avut asigurare în afara țării (im Ausland versichert)	
Numele companiei de asigurări de sănătate de până acum (Name der bisherigen Krankenkasse)			din data de (vom)	ZZLLAAAA	până la data de (bis zum)	ZZLLAAAA
☐ Am ales acolo un tarif opțional. (Ich habe dort einen Wahltarif gewählt.)						

Asigurare de familie (Familienversicherung)

Aș dori să-mi asigur rudele gratuit.
(Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern.) ☐ Vă rog să-mi trimiteți o cerere.
(Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.) ☐ Cererea este atașată.
(Der Antrag liegt bei.) ☐

Data (Datum)	ZZLLAAAA	Semnătură (Unterschrift)	
--------------	---------------------	--------------------------	-------------

Nume, prenume (Name, Vorname)

Data nașterii (Geburtsdatum)

ZZLLAAAA

Eu(Ich bin)

☐sunt funcționar public
(bin verbeamtet)

☐sunt pensionar
(bin in Pension)

☐sunt cel care conduce gospodăria
(führe den Haushalt)

☐primesc ajutor social
(bekomme Sozialhilfe)

☐merg la școală (vă rugăm să ne trimiteți **adaverința de studii**)
(gehe zur Schule (bitte **Schulbescheinigung** mitsenden))

☐studiez(vă rog**să ne trimiteți** o adeverință de studii)
(studiere (bitte **Studienbescheinigung** mitsenden))

☐sunt la pensie (vă rugăm **să ne trimiteți o dovadă** privind pensia)
(bin in Rente) (bitte **Rentenbescheid** mitsenden))

☐am solicitat pensia pe data de
(habe eine Rente beantragt am)

ZZLLAAAA

☐lucrez pe cont propriu ca
(bin selbstständig als)

☐sunt ☐fondator de afaceri cu un grant de start (vă rugăm **să ne trimiteți dovada** în acest sens)
(bin Existenzgründer mit Gründungszuschuss (bitte **Bescheid** mitsenden))

Informații suplimentare despre munca independentă
(Weitere Angaben zur selbstständigen Tätigkeit:)

☐Numărul de ore de lucru săptămânale
(Anzahl wöchentliche Arbeitsstunden:)

☐Numărul de angajați
(Anzahl Beschäftigte:)

☐Desfășor această activitate cu normă întreagă.
(Ich übe die Tätigkeit hauptberuflich aus.)

☐dintre care angajați cu normă parțială
(davon geringfügig Beschäftigte:)

Vă rugăm să-mi trimiteți informații despre asigurarea cu indemnizație de boală de la începutul săptămânii a 7-a (doar pentru lucrătorii independenți cu normă întreagă).
(Bitte senden Sie mir Informationen zur Versicherung mit Krankengeld ab Beginn der 7. Woche (nur für hauptberuflich selbstständig Tätige).)

Informații despre circumstanțele veniturilor (Angaben zu den Einkommensverhältnissen)

☐Venitul meu brut lunar este de peste 5.512,50 EUR (anual 66.150,00 EUR).
(Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 5.512,50 Euro (jährlich 66.150,00 Euro).)

☐Soțul meu **nu** este asigurat cu asigurare legală de sănătate (vă rugăm să trimiteți **dovada venitului**)
(Mein Ehepartner ist **nicht** in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (bitte **Einkommensnachweise** mitsenden).)

Numărul de copii aflați în întreținere (fără venituri proprii):
(Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder (ohne eigene Einnahmen):

din care copiii comuni
(davon gemeinsame Kinder)

Informații despre veniturile mele (Angaben zu meinen Einnahmen)	EUR lunar (monatlich Euro)	EUR anual (jährlich Euro)	Vă rugăm să trimiteți o copie a următoarelor documente doveditoare (bitte folgende Nachweise in Kopie mitsenden)
Venituri din activități independente (Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit)			Ultima decizie de impunere privind impozitul pe venit (completă) și înregistrarea afacerii (letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig) und Gewerbeanmeldung)
Salariu/Remunerație dintr-o activitate (Lohn/Gehalt aus einer Beschäftigung) Salariul brut lunar (Monatliches Bruttoentgelt) Plăți unice din ultimele 12 luni (Einmalzahlungen der letzten 12 Monate) Alte beneficii bănești (de ex. mașină de serviciu)(Sonstiger geldwerter Vorteil (z. B. Dienstwagen)			ultimul fluturaș de salariu (letzte Gehaltsabrechnung)
Pensie(pensii) de ex. pensii pentru limită de vârstă, de urmaș și de accident, pensii străine	(Rente(n)) (z. B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten)		Dovada plății unice (Nachweis über die Einmalzahlung)
Art (Art)			Dovada beneficiului bănesc (Nachweis über den geldwerten Vorteil)
Art (Art)			aviz actual de pensie (aktueller Rentenbescheid)
Plăți brute de pensie de ex. pensii, pensii de companie și pensii suplimentare (z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten)	(Brutto-Versorgungsbezüge)		aviz actual de pensie (aktueller Rentenbescheid)
Art (Art)			aviz actual de pensie (aktueller Rentenbescheid)
Art (Art)			Dovada plății unice (Nachweis über die Einmalzahlung)
Plăți unice (Einmalzahlungen)			Ultima decizie de impunere privind impozitul pe venit (completă) (letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig))
Venituri din închiriere și leasing (Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung)			Ultima decizie de impunere privind impozitul pe venit (completă) (letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig))
Dobânzi și alte venituri din active de capital (Zinsen und sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen)			Contract de indemnizație de concediere (Vertrag über die Abfindung)
Indemnizația de concediere (Abfindung)			Aviz de asistență socială (Sozialhilfebescheid)
Asistență socială/securitate de bază (Sozialhilfe/Grundsicherung)			Dovadă de venit (Nachweis über die Einnahmen)
Alte venituri – Art (Sonstige Einnahmen – Art)			

☐Venitul meu este mai mic de 1.248,33 EUR pe lună. Traiul meu este asigurat de
(Meine Einnahmen liegen unter 1.248,33 Euro monatlich. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch)

Avem nevoie de aceste informații doar pentru o cerere pentru minori
(Diese Angaben brauchen wir nur bei einem Antrag für Minderjährige)

Prenume, nume, data nașterii reprezentantului legal și eventual altă adresă
(Vorname, Name, Geburtsdatum des gesetzlich Vertretenden und eventuell abweichende Adresse)

Informații privind calcularea contribuției la asigurarea de îngrijiri medicale (Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung)

☐Am ☐copii (vă rugăm **să ne trimiteți dovada**, de ex. copia după certificatul de naștere sau certificatul de filiație).
(Ich habe (Kinder (bitte **Nachweis**, z. B. Geburtsurkunde oder Abstammungsurkunde mitsenden).)

Vă garantez că toate informațiile sunt adevărate. Vă voi informa imediat despre orice modificări viitoare. Vă voi trimite dovezi adecvate (de ex. evaluarea impozitului pe venit).
Sunt conștient de faptul că informațiile incomplete sau neadevărate vor duce la recalcularea contribuției.
(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.)

ZZLLAAAA

Data (Datum)

Semnătură (Unterschrift)

01/2025

Poate fi completat numai de către mhplus: Nume, prenume angajat
(Nur durch die mhplus zu befüllen: Name, Vorname Mitarbeiter)



Protejarea datelor.

Protecția datelor dvs. este foarte importantă pentru noi. De aceea vă informăm ce date procesăm.

Scopul consimțământului dvs.

mhplus vă va informa despre acoperirea dvs. de asigurare. Veți primi informații de la noi despre noile beneficii și servicii. Vă vom informa și despre ofertele partenerilor noștri, asigurări private de sănătate. Așa beneficiați de plusuri atractive! Acestea sunt adaptate în mod special nevoilor dvs. profesionale sau private.

mhplus vă poate invita, de asemenea, să participați la un sondaj pentru clienți. Pentru că părerea și experiența dvs. sunt importante pentru noi! Ne ajută să ne optimizăm serviciul pentru dvs. Pentru a primi sau solicita anumite informații de la dvs., poate fi comandat și un furnizor de servicii de la mhplus. Aceasta include informații despre calitate, servicii și asigurări.

Ce date prelucrează mhplus?

Mhplus prelucrează numai datele pe care le-ați furnizat în consimțământul dvs.

Datele vor fi transmise terților?

Dacă comandăm un furnizor de servicii legitim, transmitem doar datele pentru care ați consimțit. Acest lucru permite furnizarea serviciului.

Cât timp sunt stocate datele?

Datele din consimțământul dvs. vor fi stocate atâta timp cât sunteți asigurat la noi sau vă rețineți consimțământul. Datele pe care le trimitem unui furnizor de servicii pentru a-și onora comanda pot fi stocate până la finalizarea comenzii. De îndată ce comanda este îndeplinită, furnizorul de servicii trebuie să șteargă datele. Acest lucru va fi confirmat către mhplus în scris de către furnizorul de servicii.

Unde vă puteți retrage consimțământul?

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

Temeiul legal pentru prelucrarea datelor

Datele sunt prelucrate pe baza consimțământului în conformitate cu art. 6 alin. 1 teza 1a din Regulamentul general privind protecția datelor (GDPR):

Puteți găsi mai multe informații despre protecția datelor și responsabilul nostru cu protecția datelor aici: www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz

Simplu. **Mai mult. Dvs.**

Orice ați face în viața de zi cu zi. Avem grijă de dvs. ca să puteți avea grijă de familia dvs. Indiferent dacă utilizați serviciile sau aveți întrebări. Suntem aici și vă facem totul mai ușor. Pentru sănătate și o senzație bună.

A. Informații despre membru (persoană asigurată principală) (Angaben Mitglied (Hauptversicherter))

Nume, prenume
(Name, Vorname)

Număr de asigurare

(Acesta se află pe cardul dvs. de sănătate mhplus.)
(Versicherungsnummer (Diese steht auf Ihrer mhplus-Gesundheitskarte.))

Am fost anterior*
(Ich war bisher*)

☐ asigurat ca membru
(als Mitglied versichert)

☐ am asigurare de familie la
(familienversichert bei)

Numele companiei de asigurări de sănătate
(Name der Krankenkasse)

☐ nu sunt acoperit de asigurarea obligatorie
(nicht gesetzlich versichert)

Starea civilă(Familienstand)

☐ necăsătorit
(ledig)

☐ căsătorit*
(verheiratet*)

☐ trăiesc separat*
(getrennt lebend*)

☐ sunt divorțat din
(geschieden seit)

Z Z L L A A A A

☐ sunt văduv
(verwitwet)

☐ Parteneriat civil înregistrat conform LPartG (Legea parteneriatului civil)*
(eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG*)

*) Vă rugăm să furnizați informații suplimentare în coloana „Soț”.

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

Motivul asigurării de familie (Anlass für die Familienversicherung)

☐ Începutul calității mele de membru
(Beginn meiner Mitgliedschaft)

☐ Nașterea copilului
(Geburt des Kindes)

☐ Emigrează din străinătate
(Zuzug aus dem Ausland)

☐ Încheierea calității de membru al rudei mele
(Ende der eigenen Mitgliedschaft meines Angehörigen)

☐ Căsătoria
(Heirat)

☐ Altele
(Sonstiges)

Contact(Kontakt)

Numărul meu de telefon (informații opționale)
(Meine Telefonnummer (freiwillige Angabe))

Adresa mea de e-mail (informații opționale)
(Meine E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe))

B. Informații despre membrii familiei (B. Angaben zu Familienangehörigen)

Următoarele date sunt, în general, necesare numai pentru acele rude care urmează să fie asigurate la noi. În afară de aceasta, solicităm și informații individuale despre soțul/partenerul dvs. de viață dacă dorim să oferim numai asigurare de familie pentru copiii dvs., iar soțul/partenerul dvs. de viață are legătură cu acești copii. În acest caz, pe lângă informațiile generale, sunt necesare informații despre asigurarea soțului/partenerului de viață și - dacă nu sunt asigurați legal - informații suplimentare despre veniturile acestora; în acest caz, venitul trebuie documentat prin dovada veniturilor; suplimentele care sunt plătite în funcție de starea civilă nu sunt luate în considerare în informațiile despre venit. 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.

Vă rugăm să rețineți că prin lege nu este permisă încheierea unei asigurări de familie cu diferite companii de asigurări de sănătate în același timp. Prin urmare, vă rugăm să vă asigurați cu datele dvs. că asigurarea dublă de familie este exclusă. 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.

Informații generale despre membrii familiei		Allgemeine Angaben zu den Familienangehörigen			
	Soț/Soție (Ehepartner)	Copil (Kind)	Copil (Kind)	Copil (Kind)	
Începutul asigurării de familie (Beginn der Familienversicherung)	Z Z L L A A A A	Z Z L L A A A A	Z Z L L A A A A	Z Z L L A A A A	
Nume** (Name**)					
) În cazul în care nu există un nume identic între membru și membrul familiei, starea civilă este confirmată prin documente adecvate (de ex. certificat de căsătorie, certificat de parteneriat civil, certificat de naștere) sau - dacă nu este posibilă prezentarea acestora - prin alte documentele adecvate (de ex. notificare privind alocația pentru copii) trebuie dovedite o singură dată. () 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.)					
Prenume (Vorname)					
Data nașterii (Geburtsdatum)	Z Z L L A A A A	Z Z L L A A A A	Z Z L L A A A A	Z Z L L A A A A	
Genul (Geschlecht) masculin (m), feminin (f), divers (d), nedeterminat (x) (männlich (m), weiblich (w), divers (d), unbestimmt (x))	☐ (m) (m) ☐ (f) (w) ☐ (d) (d) ☐ (x)(x)	☐ (m) (m) ☐ (f) (w) ☐ (d) (d) ☐ (x)(x)	☐ (m) (m) ☐ (f) (w) ☐ (d) (d) ☐ (x)(x)	☐ (m) (m) ☐ (f) (w) ☐ (d) (d) ☐ (x)(x)	
eventual adresă diferită de cea a membrului (ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift)					
Relații de rudenie ale membrului cu copilul (Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglieds zum Kind)		☐ copil biologic/ Copil adoptat (leibliches Kind/Adoptivkind) ☐ Copilul vitreg (Stiefkind) ☐ Nepotul (Enkelkind) ☐ Copil adoptiv (Pflegekind)	☐ copil biologic/ Copil adoptat (leibliches Kind/Adoptivkind) ☐ Copilul vitreg (Stiefkind) ☐ Nepotul (Enkelkind) ☐ Copil adoptiv (Pflegekind)	☐ copil biologic/ Copil adoptat (leibliches Kind/Adoptivkind) ☐ Copilul vitreg (Stiefkind) ☐ Nepotul (Enkelkind) ☐ Copil adoptiv (Pflegekind)	
Soțul/partenerul dvs. este rudă cu copilul? (Ist Ihr Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt?)		☐ Nu (Nein) ☐ Da (Ja)	☐ Nu (Nein) ☐ Da (Ja)	☐ Nu (Nein) ☐ Da (Ja)	

Nume, prenume
(Name, Vorname)

Număr asigurare
(Versicherungsnummer)

	Soț/Soție (Ehepartner)	Copil (Kind)	Copil (Kind)	Copil (Kind)
Prenume (Vorname)				

Informații despre asigurarea curentă sau în curs de desfășurare a membrilor familiei (Angaben zur bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen)

Asigurarea de până acum (Die bisherige Versicherung)				
• continuă (besteht weiter) • a încetat la data de (endete am) • la (bei) (Numele companiei de asigurări de sănătate/a asigurării de sănătate) (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung))	Nu(Nein) Da(Ja) ZZLLAAAA	ZZLLAAAA	ZZLLAAAA	ZZLLAAAA
• Tip de asigurare membru (1), asigurare de familie* (2), fără asigurare legală (3) (vă rugăm să bifați) (Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3)) (bitte ankreuzen))	123	123	123	123
*) Important pentru dvs: Asigurarea de familie poate fi încheiată numai printr-o companie de asigurări de sănătate. *) Wichtig für Dich: Die Familienversicherung kann nur bei einer Krankenkasse durchgeführt werden.)				
Ati avut ultima dată asigurare de familie? Atunci vă rugăm să furnizați numele și prenumele persoanei ale cărei rude au fost asigurate anterior. (Bestand zuletzt eine Familienversicherung?) (Dann geben Sie bitte den Namen und Vornamen der Person an, über die bisher die Angehörigen versichert waren.)	(Prenume) ((Vorname)) (Nume) ((Name))	(Prenume) ((Vorname)) (Nume) ((Name))	(Prenume) ((Vorname)) (Nume) ((Name))	(Prenume) ((Vorname)) (Nume) ((Name))

Informații despre veniturile membrilor familiei (Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen)

Activitate independentă din data de (Selbstständige Tätigkeit seit) profit lunar din activitate independentă (monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit)	ZZLLAAAA EUR (Euro)	ZZLLAAAA EUR (Euro)	ZZLLAAAA EUR (Euro)	ZZLLAAAA EUR (Euro)
Vă rugăm să includeți o copie a deciziei de impunere privind impozitul pe venit. (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.)				
Salariu brut lunar dintr-o activitate (Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus einer Beschäftigung) Compensație de concediere (de ex. indemnizație de concediere) (Entlassungsentschädigung (z. B. Abfindung))	EUR (Euro)	EUR (Euro)	EUR (Euro)	EUR (Euro)
Salariul brut lunar din minijob (Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob)	EUR (Euro)	EUR (Euro)	EUR (Euro)	EUR (Euro)
Pensie statutară, beneficii de pensie, pensie companie, pensie străină, alte pensii (Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten)	EUR (Euro)	EUR (Euro)	EUR (Euro)	EUR (Euro)
Alte venituri lunare regulate în sensul legii privind impozitul pe venit (de ex. venituri din închiriere și leasing, venituri din active de capital) (Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) Tip de venit (Art der Einkünfte)	EUR (Euro)	EUR (Euro)	EUR (Euro)	EUR (Euro)
Vă rugăm să includeți o copie a deciziei de impunere privind impozitul pe venit. (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.)				
Indemnizație de șomaj/venituri pentru cetățean din data de (Arbeitslosengeld / Bürgergeld seit)	ZZLLAAAA	ZZLLAAAA	ZZLLAAAA	ZZLLAAAA

01/2025 Pagina 2 din 3 (Seite 2 von 3)

Nume, prenume
(Name, Vorname)

Număr asigurare
(Versicherungsnummer)

	Soț/Soție (Ehepartner)	Copil (Kind)	Copil (Kind)	Copil (Kind)
Prenume (Vorname)				

Mai multe informații despre membrii familiei (Weitere Angaben zu Familienangehörigen)

Școală/Studii (Pentru copiii cu vârsta peste 23 de ani, vă rugăm să includeți o adeverință de școală sau de studii.) (Schul- oder Studienzeit) (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.)		ZZLLAAAA din data de (von)	ZZLLAAAA din data de (von)	ZZLLAAAA din data de (von)
		ZZLLAAAA până la data de (bis)	ZZLLAAAA până la data de (bis)	ZZLLAAAA până la data de (bis)
Serviciu militar sau serviciu voluntar reglementat de lege (Vă rugăm să anexați certificatul de serviciu cu durata aferentă.) (Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst) (Bitte Dienstzeitbescheinigung mitsenden.)		ZZLLAAAA din data de (von)	ZZLLAAAA din data de (von)	ZZLLAAAA din data de (von)
		ZZLLAAAA până la data de (bis)	ZZLLAAAA până la data de (bis)	ZZLLAAAA până la data de (bis)

Informații privind emiterea unui număr de asigurare de sănătate pentru rudele asigurate de familie
(Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherennummer für familienversicherte Angehörige)

Numărul asigurării de pensie (Rentenversicherungsnummer)				
---	--	--	--	--

Următoarele informații sunt necesare numai dacă nu a fost încă atribuit un număr de asigurare de pensie.
(Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.)

Nume de naștere (Geburtsname)				
Locul nașterii (Geburtsort)				
Țara natală (Geburtsland)				
Naționalitate (Staatsangehörigkeit)				

Confirm exactitatea acestui lucru. Vă voi informa imediat despre orice modificări. Acest lucru se aplică în special în cazul în care veniturile celor menționate mai sus Rudele se schimbă (de exemplu, o nouă evaluare a impozitului pe venit pentru persoanele care desfășoară activități independente) sau devin membri ai unei (diferite) companii de asigurări de sănătate.
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.

ZZLLAAAA

Data
(Datum)

Semnătura membrului
(Unterschrift des Mitglieds)
(Prin semnare, declar că am primit acordul membrilor familiei de a furniza datele solicitate.)
(Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.)

Semnătura membrului familiei
(Unterschrift des/der Familienangehörigen)
Pentru cei care locuiesc separat este suficientă semnătura membrului familiei.
Bei getrennt Lebenden reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.

**A se transmite organului responsabil cu raportarea, de ex. angajator, agenție de ocupare a
forței de muncă**

**Vă rugăm
să depuneți
actele la timp.**

Prenume, nume

Strada/Numărul casei

Cod poștal/Localitate

Data nașterii

Informații despre noua mea companie de asigurări de sănătate

Am ales compania de asigurări de sănătate a companiei mhplus ca viitoare companie de asigurări de
sănătate.

A solicitat schimbarea companiei de asigurări la data de: _____

Iată pe scurt datele mhplus: mhplus Betriebskrankenkasse, 71632 Ludwigsburg

Numărul 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 SOLADES1LBG



Vă rugăm să păstrați acest certificat împreună cu documentele dumneavoastră și vă rog să mă
înregistrați la mhplus.

Dacă nu este încă posibil să vă schimbați compania de asigurări de sănătate la data de
începere solicitată, vă voi informa în consecință.

Cu stimă,

**Prezentarea generală
a datelor noastre principale**

♥ **Suntem în permanență aici pentru tine** ☎ **07141 9790-0**
✉ **info@mhplus.de** f **facebook.com/mhplus**
📷 **instagram.com/deine_mhplus** 📱 **mhplus Service-App**
🔍 **www.mhplus.de**