

Ваш бланк заяви.

Стати учасником дуже просто.

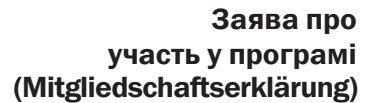
Це швидше, ніж здається.

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.



Я хочу бути з учасником програми обов'язкового страхування учасником програми добровільного страхування mhplus.

(Ich möchte ab dem) (Pflichtmitglied) (freiwilliges Mitglied der mhplus werden.)

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 (Telefon)	(вказується за бажанням) (freiwillige Angabe)		Ел. пошта (E-Mail)				(вказується за бажанням) (freiwillige Angabe)		
Сімейний стан (Familienstand)				Стать (Geschlecht)	☐ жіноча (w) (weiblich (w))	☐ чоловіча (m) (männlich (m))	☐ інша (d) (divers (d))	☐ не визначено (x) (unbestimmt (x))	

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

Підстава для прийняття учасника до програми (Anlass der Mitgliedschaft)

Ише (Sonstiges:)	
---------------------	--

Erhalte Arbeitslosengeld (bitte **Bescheid** mitsenden)) (Ich habe Arbeitslosengeld) (Arbeitslosengeld II beantragt.)

ї собі – 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))

Дані щодо попереднього медичного страхування (Angaben zur bisherigen Krankenversicherung)

Назва попередньої медичної страхової компанії (Name der bisherigen Krankenkasse) 3 (vom) Д Д М М Р Р Р Р по (bis zum) Д Д М М Р Р Р Р

Сімейне страхування (Familienversicherung)

Заява додається.
(Der Antrag liegt bei.)

Дата (Datum) _____ Підпис (Unterschrift) _____

c2027/Te

(Hinweis: Durch meine Einwilligungserklärung kann die mhplus mir den bestmöglichen Service bieten. Meine Angaben sind freiwillig.)



Заява про згоду (Einwilligungserklärung)

Заповнює тільки mhplus: прізвище, ім'я співробітника
(Nur durch die mhplus zu befüllen: Name, Vorname Mitarbeiter)

Згода на використання моїх даних (Meine Einwilligung zur Nutzung meiner Daten)

Мої дані
(Meine Angaben)

Я вже є учасником програми медичної страхової компанії mhplus.
(Ich bin bereits Mitglied der mhplus Krankenkasse.)

Я ще не є учасником програми mhplus. Після отримання статусу учасника згода продовжує діяти.
(Ich bin noch kein Mitglied der mhplus. Die Einwilligung gilt bei einer Mitgliedschaft weiter.)

[illegible]

**Згода на отримання інформації від mhplus
(Einwilligung zur Kontaktaufnahme der mhplus)**

Я згоден з наступними положеннями:
(Ich bin mit Folgendem einverstanden:)

mhplus може надавати мені інформацію та консультації (Die mhplus kann mich informieren und beraten)

+ ЩОДО МОГО СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ Й (zu meinem Versicherungsschutz und)

+ **НОВИХ ПОСЛУГ ТА** (zu neuen Leistungen und)

+ опитувань про якість послуг з метою поліпшення обслуговування. mhplus може доручити це підрядній організації.
(zur Servicequalität befragen, um den Service zu verbessern. Dazu kann die mhplus einen Dienstleister beauftragen.)

mhplus може використовувати наступні засоби зв'язку:
(Folgende Kontaktwege darf die mhplus nutzen:)

телефон: (per Telefon:)	☐	Так (Ja)	☐	Hi (Nein)
ел. пошта: (per E-Mail:)	☐	Так (Ja)	☐	Hi (Nein)
SMS: (per SMS:)	☐	Так (Ja)	☐	Hi (Nein)

Примітка:
(Hinweis:)

Форму згоди можна/потрібно подавати після досягнення 16-річного віку
Ab Vollendung des 16. Lebensjahres kann/soll eine Einwilligungserklärung abgegeben werden)

В інформаційному листку (див. на звороті) описано, як mhplus використовує дані.
(Im Infoblatt (siehe Rückseite) steht, wie die mhplus die Daten verwendet.)

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 страхувальник) (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
(familienversichert bei)

Назва медичної страхової компанії
(Name der Krankenkasse)

Сімейний стан (Familienstand)

☐ неodrужений/а (ledig) ☐ одружений/а* (verheiratet*) ☐ роздільне проживання подружжя* (getrennt lebend*) ☐ розлучений/а з (geschieden seit) ☐ вдівець/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. Надбавки, 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)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
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)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Стать (Geschlecht) чоловіча (m), жіноча (w), інша (d), не визначено (x) (männlich (m), weiblich (w), divers (d), unbestimmt (x))	☐ (m) ☐ (w) ☐ (d) ☐ (x)	☐ (m) ☐ (w) ☐ (d) ☐ (x)	☐ (m) ☐ (w) ☐ (d) ☐ (x)	☐ (m) ☐ (w) ☐ (d) ☐ (x)
Адреса, якщо вона відрізняється від адреси учасника програми (ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift)				
Родинні стосунки учасника програми з дитиною (Verwandschaftsverhältnis zum Mitglieds zum Kind)	☐ біологічна дитина / усиновлена дитина (leibliches Kind/Adoptivkind) ☐ пасинок/падчерка (Stiefkind) ☐ онук (Enkelkind) ☐ дитина під опікою (Pflegekind)	☐ біологічна дитина / усиновлена дитина (leibliches Kind/Adoptivkind) ☐ пасинок/падчерка (Stiefkind) ☐ онук (Enkelkind) ☐ дитина під опікою (Pflegekind)	☐ біологічна дитина / усиновлена дитина (leibliches Kind/Adoptivkind) ☐ пасинок/падчерка (Stiefkind) ☐ онук (Enkelkind) ☐ дитина під опікою (Pflegekind)	☐ біологічна дитина / усиновлена дитина (leibliches Kind/Adoptivkind) ☐ пасинок/падчерка (Stiefkind) ☐ онук (Enkelkind) ☐ дитина під опікою (Pflegekind)
Ваш чоловік/партнер / Ваша дружина/ партнерка є родичем дитини? (Ist Ihr Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt?)	☐ Ні(Nein) ☐ Так (Ja)	☐ Ні(Nein) ☐ Так (Ja)	☐ Ні(Nein) ☐ Так (Ja)	☐ Ні(Nein) ☐ 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)				
• продовжує діяти (besteht weiter) • закінчилося (дата) (endete am) • В (bei) (Назва медичної страхової компанії / медичного страхування) (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung))	Hi (Nein) Так (Ja) DDMMPPRRPP	DDMMPPRRPP	DDMMPPRRPP	DDMMPPRRPP
• 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))	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 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)) (Прізвище) ((Name))	(Ім'я) ((Vorname)) (Прізвище) ((Name))	(Ім'я) ((Vorname)) (Прізвище) ((Name))	(Ім'я) ((Vorname)) (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)	DDMMPPRRPP євро (Euro)	DDMMPPRRPP євро (Euro)	DDMMPPRRPP євро (Euro)	DDMMPPRRPP 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) (Entlassungsgeschädigung (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) Тип доходів (Art der Einkünfte)	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.)				
Допомога по безробіттю / допомога для громадян з (Arbeitslosengeld / Bürgergeld seit)	DDMMPPRRPP	DDMMPPRRPP	DDMMPPRRPP	DDMMPPRRPP

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 до (bis)	ДДММРРРР з (von) ДДММРРРР до (bis)	ДДММРРРР з (von) 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 до (bis)	ДДММРРРР з (von) ДДММРРРР до (bis)	ДДММРРРР з (von) ДДММРРРР до (bis)

Дані про надання номера медичного страхування родичам, застрахованим за програмою сімейного страхування
(Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer 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)
(Своїм 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

Номер підприємства
Банківські реквізити

63494759
Commerzbank Ludwigsburg,
IBAN DE29 6048 0008 0500 9005 00,
BIC DRESDEFF604
KSK Ludwigsburg,
IBAN DE19 6045 0050 0000 0772 08,
BIC SOLADES1LBG



**Короткий огляд наших
основних даних**

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

♥ **Завжди у твоєму розпорядженні** ☎ **07141 9790-0**

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

📷 **instagram.com/deine_mhplus**

📱) **Сервісний додаток mhplus** 🔍 **www.mhplus.de**