

Приложение № 9 към чл. 2, ал. 5 от Наредба № Н-8 от 2005 г. за съдържанието, сроковете, начина и реда за подаване и съхранение на данни от работодателите, осигурителите за осигурените при тях лица, както и от самоосигуряващите се лица – в сила от 01.01.2013 г.



Попълва се от приходната администрация	
ТД на НАП	гр.
Входящ номер и дата	
Име, фамилия и подпис на длъжностното лице, приело декларацията	

ДО  
ДИРЕКТОРА НА  
ТЕРИТОРИАЛНА ДИРЕКЦИЯ  
НА НАЦИОНАЛНА АГЕНЦИЯ  
ЗА ПРИХОДИТЕ  
ГР. \_\_\_\_\_

## Д Е К Л А Р А Ц И Я

образец № 9

"Данни за възстановяване на здравноосигурителни права на основание чл. 40а, ал. 3 от Закона за здравното осигуряване"

Подписаният/та \_\_\_\_\_  
(име, презиме и фамилия )

ЕГН / ЛНЧ / Служебен № от регистъра на НАП  
(ненужното се зачертава)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Постоянен адрес

Област \_\_\_\_\_ Община \_\_\_\_\_

Населено място (гр./с.) \_\_\_\_\_ пощенски код 

--	--	--	--

Улица \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ ж. к. \_\_\_\_\_

бл. \_\_\_\_\_ вх. \_\_\_\_\_ ет. \_\_\_\_\_ ап. \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

### Адрес за кореспонденция:

Адресът за кореспонденция съвпада с постоянния адрес  
(отбележете, ако адресът за кореспонденция съвпада с постоянния Ви адрес и не попълвайте данните отново)

Област \_\_\_\_\_ Община \_\_\_\_\_

Населено място (гр./с.) \_\_\_\_\_ пощенски код 

--	--	--	--

Улица \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ ж. к. \_\_\_\_\_

бл. \_\_\_\_\_ вх. \_\_\_\_\_ ет. \_\_\_\_\_ ап. \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

За контакт тел. \_\_\_\_\_ факс \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

## Д Е К Л А Р И Р А М:

Възстановявам здравноосигурителните си права по реда на чл. 40а, ал. 3 от Закона за здравното осигуряване.

Известно ми е, че за неверни данни нося наказателна отговорност по реда на чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата: \_\_\_\_\_

Декларатор: \_\_\_\_\_

"Предоставените от Вас данни са защитени, съгласно Закона за защита на личните данни и нормативните актове, регламентиращи защитата на информация и се обработват само във връзка с осъществяването на установените със закон функции на Националната агенция. Повече подробности за ангажиментите на Националната агенция за приходите, в качеството ѝ не администратор на лични данни, можете да намерите на интернет адрес: [www.nar.bg](http://www.nar.bg) и на информационните табла в териториалните дирекции. Адрес на Централното управление на Националната агенция за приходите: гр. София, бул. "Дондуков" № 52."

<b>Данни за упълномощеното лице или за законния представител</b>	
Попълва се само ако декларацията се подава от упълномощено лице или от законен представител на малолетно, непълнолетно или поставено под запрещение физическо лице	
<b>ЕГН / ЛНЧ / Служебен № от регистъра на НАП</b> (ненужното се зачертава)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____ (име, презиме и фамилия )	
<b>Постоянен адрес</b>	
Област _____	Община _____
Населено място (гр./с.) _____	пощенски код <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Улица _____ № _____ ж. к. _____	
бл. _____ вх. _____ ет. _____ ап. _____ тел. _____	
<b>Адрес за кореспонденция:</b>	
Адресът за кореспонденция съвпада с постоянния адрес _____ (отбележете, ако адресът за кореспонденция съвпада с постоянния адрес и не попълвайте данните отново)	
Област _____	Община _____
Населено място (гр./с.) _____	пощенски код <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Улица _____ № _____ ж. к. _____	
бл. _____ вх. _____ ет. _____ ап. _____ тел. _____	
<b>За контакт</b> тел. _____	факс _____ e-mail _____
Дата: _____	Декларатор: _____ подпис

Забележка: Съгласно чл. 40а, ал. 3 от Закона за здравното осигуряване здравноосигурителните права на българските граждани, които са длъжни да осигуряват себе си и пребивават в чужбина повече от 183 дни през една календарна година, след завръщането им в страната могат да се възстановят след еднократно заплащане на сума в размер на 12 здравноосигурителни вноски, определени по реда на чл. 29, ал. 3 от Закона за здравното осигуряване, върху минималния месечен размер на осигурителния доход за самоосигуряващите се лица, определен със Закона за бюджета на държавното обществено осигуряване към момента на внасянето на вноските.