

ОТГОВОРНИ ДНЕС. СИГУРНИ ЗА УТРЕ



## НАЦИОНАЛНА АГЕНЦИЯ ЗА ПРИХОДИТЕ

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

ДО

.....

## ДЕКЛАРАЦИЯ

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 /ЛН 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 \_\_\_\_\_ ел. адрес \_\_\_\_\_

## ДЕКЛАРИРАМ:

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: \_\_\_\_\_

## Данни за упълномощеното лице или за законния представител

Попълва се само ако декларацията се подава от упълномощено лице или от законен представител  
на поставено под запрещение физическо лице

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

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

\_\_\_\_\_ (име, презиме и фамилия)

### 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 \_\_\_\_\_ ел. адрес \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_ Декларатор: \_\_\_\_\_  
подпис

Националната агенция за приходите обработва и защитава личните Ви данни съобразно изискванията на Закона за защита на личните данни (ЗЗЛД) и Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 г.

Повече подробности за ангажиментите на Националната агенция за приходите в качеството ѝ на администратор на лични данни можете да намерите в „Политика по защита на личните данни в Националната агенция за приходите“, публикувана на интернет адрес: [www.nar.bg](http://www.nar.bg), или да се свържете с нас на имейл адреса на Информационния център на НАП: [infocenter@nra.bg](mailto:infocenter@nra.bg), и на телефон 0700 18 700.

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.“