

Das füllt die mhplus aus: Vermittlernummer / Name, Vorname Mitarbeiter

Ich möchte ab dem <input type="text" value="TTMMJJJJ"/>		<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied	<input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied der mhplus werden.	<input type="text" value=""/>
		Vermittlernummer		
Meine Daten				
Name		Vorname		
Straße		Hausnummer		
PLZ	Ort			
Nationalität	Bundesland			
Telefon <small>(freiwillige Angabe)</small>	E-Mail		(freiwillige Angabe)	
Familienstand	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich (w)	<input type="checkbox"/> männlich (m)	<input type="checkbox"/> divers (d) <input type="checkbox"/> unbestimmt (x)
Sozialversicherungsnummer		<input type="text" value=""/>		
Ich habe noch keine Sozialversicherungsnummer. Bitte beantragen Sie diese für mich mit den folgenden Angaben:				
Geburtsdatum	<input type="text" value="TTMMJJJJ"/>	Geburtsname	<input type="text" value=""/>	
Geburtsort	<input type="text" value=""/>	Geburtsland	<input type="text" value=""/>	
Meine Steuer-ID		<input type="text" value=""/> (Diese steht auf Ihrem Steuerbescheid.)		
Anlass der Mitgliedschaft				
<input type="checkbox"/> Mein Versicherungsverhältnis hat sich geändert. <small>(z. B. Wechsel des Arbeitgebers)</small>	<input type="checkbox"/> Mein Versicherungsverhältnis ist seit mehr als 12 Monaten unverändert. <small>(Kassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis)</small>			
<input type="checkbox"/> Meine bisherige Kasse hat den Zusatzbeitragssatz erhöht.	<input type="checkbox"/> Ich versichere mich zum ersten Mal bei einer gesetzlichen Krankenkasse.			
<input type="checkbox"/> Ich nehme erstmals eine Beschäftigung in Deutschland auf.	<input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text" value=""/>			
Ich	<input type="checkbox"/> arbeite	<input type="checkbox"/> mache eine Ausbildung	<input type="checkbox"/> studiere dual <small>(bitte Studienbescheinigung mitsenden)</small>	<input type="checkbox"/> bin Werkstudent
	<input type="checkbox"/> Ich bin angestellt und freiwillig versichert. Mein Jahresgehalt liegt über 77.400,00 Euro.			
	<input type="checkbox"/> Mein Arbeitgeber führt die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung ab.			
	<input type="checkbox"/> Ich zahle die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung selber an die mhplus.			
	Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung: <input type="checkbox"/> Ich habe Kinder <small>(bitte Nachweis mitsenden)</small> .			
	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Arbeitslosen-/Bürgergeld <small>(bitte Bescheid mitsenden)</small> .	<input type="checkbox"/> Ich habe	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> Bürgergeld beantragt.
Hinweis: Weitere Personengruppen – bitte Folgeseite ausfüllen				
Angaben zum Arbeitgeber <small>(Betriebsnummer bitte beim Arbeitgeber erfragen – immer 8-stellig.)</small>				
Firmenname	<input type="text" value=""/>	Telefon	<input type="text" value=""/>	
Adresse	<input type="text" value=""/>			
Betriebsnummer	<input type="text" value=""/>	beschäftigt seit	<input type="text" value="TTMMJJJJ"/>	
Sonstige Angaben <small>(bitte Zutreffendes ankreuzen)</small>				
<input type="checkbox"/> Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus <small>(bitte Folgeseite ausfüllen)</small> .				
<input type="checkbox"/> Ich studiere neben meiner Beschäftigung <small>(bitte Studienbescheinigung mitsenden und zusätzlich Folgeseite ausfüllen)</small> .	Stundenanzahl Beschäftigung <small>(wöchentlich)</small>		<input type="text" value=""/>	
<input type="checkbox"/> Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung oder eines vergleichbaren Trägers im Ausland <small>(bitte Rentenbescheid mitsenden)</small> .				
<input type="checkbox"/> Ich erhalte Versorgungsbezüge, z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten <small>(bitte Bescheid der Versorgungsstelle mitsenden)</small> .				
<input type="checkbox"/> Ich wurde auf Antrag von der Krankenversicherungspflicht befreit <small>(bitte Kopie des Bescheides mitsenden)</small> .				
<input type="checkbox"/> Ich erhalte Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.				
Angaben zur bisherigen Krankenversicherung				
Ich war bisher	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> im Ausland versichert
Name der bisherigen Krankenkasse	<input type="text" value=""/>	vom	<input type="text" value="TTMMJJJJ"/>	bis zum <input type="text" value="TTMMJJJJ"/>
<input type="checkbox"/> Ich habe dort einen Wahltarif gewählt.				
Familienversicherung				
Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern.		<input type="checkbox"/> Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.		<input type="checkbox"/> Der Antrag ist dabei.
<input type="text" value="TTMMJJJJ"/>	<input type="text" value=""/>			
Datum	Unterschrift			

Ich

bin verbeamtet

bin in Pension

führe den Haushalt

bekomme Sozialhilfe

gehe zur Schule (bitte **Schulbescheinigung** mitsenden)

studiere (bitte **Studienbescheinigung** mitsenden)

bin in Rente (bitte **Rentenbescheid** mitsenden)

habe eine Rente beantragt am

T

T

M

M

J

J

J

J

Angaben zu den Einkommensverhältnissen

☐ Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 5.812,50 Euro (jährlich 69.750,00 Euro).

☐ Mein Ehepartner ist **nicht** in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (bitte **Einkommensnachweise** mitsenden).

Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder (ohne eigene Einnahmen): davon gemeinsame Kinder

Meine Einnahmen liegen unter 1.318,33 Euro monatlich. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch

Datum: Unterschrift: 1/2026