

Nur durch die mhplus zu befüllen: Name, Vorname Mitarbeiter

### Meine Einwilligung zur Nutzung meiner Daten

#### Meine Angaben

☐ Ich bin bereits Mitglied der mhplus Krankenkasse.

☐ Ich bin noch kein Mitglied der mhplus. Die Einwilligung gilt bei einer Mitgliedschaft weiter.

Name																										
Vorname																	Geburtsdatum		T	T	M	M	J	J	J	J
Straße, Nr.																										
PLZ					Ort																					
Telefon																										
Handynummer																										
E-Mail																										

#### Einwilligung zur Kontaktaufnahme der mhplus

Ich bin mit Folgendem einverstanden:

- ☐ Die mhplus kann mich informieren und beraten
- + zu meinem Versicherungsschutz und
  - + zu neuen Leistungen und
  - + zur Servicequalität befragen, um den Service zu verbessern. Dazu kann die mhplus einen Dienstleister beauftragen.

Folgende Kontaktwege darf die mhplus nutzen:

per Telefon: ☐ Ja ☐ Nein

per E-Mail: ☐ Ja ☐ Nein

per SMS: ☐ Ja ☐ Nein

#### Hinweis:

Die rechtliche Altersgrenze für die eigenständige Einwilligung liegt bei 16 Jahren.  
Bei Kindern unter 16 Jahren muss die Einwilligung der Eltern oder Erziehungsberechtigten vorliegen.

Im Infoblatt (siehe Rückseite) steht, wie die mhplus die Daten verwendet.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Datum

Unterschrift