

Deine Antragsformulare.

**Ganz *einfach*
Mitglied werden.**

Es geht schneller, als Du denkst.

mhplus
Krankenkasse.

In nur wenigen Schritten zur mhplus.

Falls Du Fragen
hast: Ruf uns an!
07141 9790-1000

Mach uns doch einen *Antrag.*

In diesem Heft findest Du alle Formulare, die Du benötigst. Nimm Dir eine Viertelstunde Zeit. Das ist alles, was Du brauchst. Und schon ist Deine Mitgliedschaft fast in trockenen Tüchern.

Oder mach es doch
einfach online:



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

Ich möchte ab dem Pflichtmitglied freiwilliges Mitglied der mhplus werden. Vermittlernummer

Meine Daten

Name Vorname
 Straße Hausnummer
 PLZ Ort
 Nationalität Bundesland
 Telefon (freiwillige Angabe) E-Mail (freiwillige Angabe)
 Familienstand Geschlecht weiblich (w) männlich (m) divers (d) unbestimmt (x)

Sozialversicherungsnummer

Ich habe noch keine Sozialversicherungsnummer. Bitte beantragen Sie diese für mich mit den folgenden Angaben:

Geburtsdatum Geburtsname
 Geburtsort Geburtsland

Meine Steuer-ID

(Diese steht auf Ihrem Steuerbescheid.)

Anlass der Mitgliedschaft

Mein Versicherungsverhältnis hat sich geändert. (z. B. Wechsel des Arbeitgebers) Mein Versicherungsverhältnis ist seit mehr als 12 Monaten unverändert. (Kassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis)
 Meine bisherige Kasse hat den Zusatzbeitragssatz erhöht. Ich versichere mich zum ersten Mal bei einer gesetzlichen Krankenkasse.
 Ich nehme erstmals eine Beschäftigung in Deutschland auf. Sonstiges

Ich arbeite mache eine Ausbildung studiere dual (bitte **Studienbescheinigung** mitsenden) bin Werkstudent

Ich bin angestellt und freiwillig versichert. Mein Jahresgehalt liegt über 69.300,00 Euro.
 Mein Arbeitgeber führt die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung ab.
 Ich zahle die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung selber an die mhplus.
 Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung: Ich habe Kinder (bitte **Nachweis** mitsenden).
 Ich erhalte Arbeitslosen-/Bürgergeld (bitte **Bescheid** mitsenden). Ich habe Arbeitslosengeld Bürgergeld beantragt.

Hinweis: Weitere Personengruppen – bitte Folgeseite ausfüllen

Angaben zum Arbeitgeber (Betriebsnummer bitte beim Arbeitgeber erfragen – immer 8-stellig.)

Firmenname Telefon
 Adresse
 Betriebsnummer beschäftigt seit

Sonstige Angaben (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus (bitte **Folgeseite** ausfüllen).
 Ich studiere neben meiner Beschäftigung (bitte **Studienbescheinigung** mitsenden und zusätzlich **Folgeseite** ausfüllen). Stundenanzahl Beschäftigung (wöchentlich)
 Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung oder eines vergleichbaren Trägers im Ausland (bitte **Rentenbescheid** mitsenden).
 Ich erhalte Versorgungsbezüge, z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten (bitte **Bescheid** der Versorgungsstelle mitsenden).
 Ich wurde auf Antrag von der Krankenversicherungspflicht befreit (bitte Kopie des **Bescheides** mitsenden).
 Ich erhalte Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Angaben zur bisherigen Krankenversicherung

Ich war bisher pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert privat versichert im Ausland versichert

Name der **bisherigen Krankenkasse** vom bis zum
 Ich habe dort einen Wahltarif gewählt.

Familienversicherung

Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern. Bitte senden Sie mir einen Antrag zu. Der Antrag liegt bei.

Datum Unterschrift

Name, Vorname

[Grid for name and first name]

Geburtsdatum

[Grid for birth date]

Ich bin

- 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 [Grid]

- bin selbstständig als [Grid] bin Existenzgründer mit Gründungszuschuss (bitte **Bescheid** mitsenden)

Weitere Angaben zur selbstständigen Tätigkeit

- Anzahl wöchentliche Arbeitsstunden [Grid]
- Anzahl Beschäftigte [Grid] davon geringfügig Beschäftigte [Grid]
- Ich übe die Tätigkeit hauptberuflich aus.
- Bitte senden Sie mir Informationen zur Versicherung mit Krankengeld ab Beginn der 7. Woche (nur für hauptberuflich selbstständig Tätige).

Angaben zu den Einkommensverhältnissen

- Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 5.175,00 Euro (jährlich 62.100,00 Euro).
- Mein Ehepartner ist **nicht** in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (bitte **Einkommensnachweise** mitsenden).
- Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder (ohne eigene Einnahmen): [Grid] davon gemeinsame Kinder [Grid]

Angaben zu meinen Einnahmen	monatlich Euro	jährlich Euro	bitte folgende Nachweise in Kopie mitsenden
Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit			letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig) und Gewerbeanmeldung
Lohn/Gehalt aus einer Beschäftigung			letzte Gehaltsabrechnung
Monatliches Bruttoentgelt			Nachweis über die Einmalzahlung
Einmalzahlungen der letzten 12 Monate			Nachweis über den geldwerten Vorteil
Sonstiger geldwerter Vorteil (z. B. Dienstwagen)			
Rente(n) z. B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten			
Art [Grid]			aktueller Rentenbescheid
Art [Grid]			aktueller Rentenbescheid
Brutto-Versorgungsbezüge z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten			
Art [Grid]			aktueller Rentenbescheid
Art [Grid]			aktueller Rentenbescheid
Einmalzahlungen			Nachweis über die Einmalzahlung
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung			letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig)
Zinsen und sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen			letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig)
Abfindung			Vertrag über die Abfindung
Sozialhilfe/Grundsicherung			Sozialhilfebescheid
Sonstige Einnahmen – Art [Grid]			Nachweis über die Einnahmen

- Meine Einnahmen liegen unter 1.178,33 Euro monatlich. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch [Grid]

Diese Angaben brauchen wir nur bei einem Antrag für Minderjährige

[Grid for minor-related information]

Vorname, Name, Geburtsdatum des gesetzlich Vertretenden und eventuell abweichende Adresse

Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung

- Ich habe [Grid] Kinder (bitte **Nachweis**, z. B. Geburtsurkunde oder Abstammungsurkunde mitsenden).

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen informiere ich Sie gleich. Dazu sende ich Ihnen geeignete Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid). Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zur Nachberechnung des Beitrages führen.

[Grid for date]

Datum

[Grid for signature]

Unterschrift





Datenschutz.

Der Schutz Deiner Daten ist uns sehr wichtig. Deshalb informieren wir Dich, welche Daten wir verarbeiten.

Zweck Deiner Einwilligung

Die mhplus informiert Dich zu Deinem Versicherungsschutz. Du bekommst von uns Infos über neue Leistungen und Services. Darüber hinaus klären wir Dich auch über die Angebote unserer Partner auf, der privaten Krankenversicherung. So profitierst Du von attraktiven Extras! Diese orientieren sich speziell an Deinen beruflichen oder privaten Bedürfnissen.

Die mhplus lädt Dich vielleicht auch mal zu einer Kundenbefragung ein. Denn Deine Meinung und Erfahrung ist uns wichtig! Sie hilft uns, unseren Service für Dich zu optimieren. Um bestimmte Informationen von Dir zu erhalten oder abzufragen, kann auch ein Dienstleister der mhplus beauftragt werden. Dazu zählen Informationen zu Qualität, Leistungen und Versicherungen.

Welche Daten verarbeitet die mhplus?

Deine mhplus verarbeitet nur die Daten, die Du in Deiner Einwilligung angegeben hast.

Werden die Daten an Dritte weitergeleitet?

Wenn wir einen legitimierten Dienstleister beauftragen, leiten wir nur die Daten weiter, die in Deiner Einwilligung stehen. Dadurch kann die Dienstleistung erbracht werden.

Wie lange werden die Daten gespeichert?

Die Daten aus Deiner Einwilligung werden gespeichert, solange Du bei uns versichert bist oder Deine Einwilligung zurücknimmst. Daten, die wir an einen Dienstleister zum Erfüllen seines Auftrags senden, darf er speichern, bis der Auftrag erledigt ist. Sobald der Auftrag erfüllt ist, muss der Dienstleister die Daten löschen. Der mhplus wird dies durch den Dienstleister schriftlich bestätigt.

Wo kannst Du Deine Einwilligung zurücknehmen?

Sende einfach eine Nachricht an info@mhplus.de. Oder ruf uns an: 07141 9790-0. Wichtig: Gebe als Stichwort „Einwilligungserklärung“ an. Du kannst Deine Einwilligung jederzeit sofort, für die Zukunft zurücknehmen oder nur teilweise widerrufen.

Rechtsgrundlage zur Verarbeitung der Daten

Die Daten werden auf der Grundlage von Einwilligungen nach Artikel 6 Absatz 1 Satz 1a Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verarbeitet.

Weitere Informationen zum Datenschutz und zu unserem Datenschutz-Beauftragten erhältst Du hier:
www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz

Einfach. **Mehr. Du.**

Was immer Du im Alltag treibst. Wir kümmern uns, damit Du Dich um Deine Familie kümmern kannst. Ob Du Leistungen in Anspruch nimmst oder Fragen hast. Wir sind da und machen es Dir einfach. Für die Gesundheit und ein gutes Gefühl.



Name, Vorname

Versicherungsnummer

	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Vorname				

Angaben zur bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

Die bisherige Versicherung				
• besteht weiter	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
• endete am	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ
• bei (Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung)				
• 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
*) Wichtig für Dich: Die Familienversicherung kann nur bei einer Krankenkasse durchgeführt werden.				
Bestand zuletzt eine Familien- versicherung? Dann geben Sie bitte den Namen und Vornamen der Person an, über die bisher die Angehörigen versichert waren.	(Vorname)	(Vorname)	(Vorname)	(Vorname)
	(Name)	(Name)	(Name)	(Name)

Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen

Selbstständige Tätigkeit seit	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ
monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit	Euro	Euro	Euro	Euro
Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.				
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus einer Beschäftigung	Euro	Euro	Euro	Euro
Entlassungsentschädigung (z. B. Abfindung)	Euro	Euro	Euro	Euro
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob	Euro	Euro	Euro	Euro
Gesetzliche Rente, Versorgungs- bezüge, Betriebsrente, ausländi- sche Rente, sonstige Renten				
Monatlicher Zahlbetrag	Euro	Euro	Euro	Euro
Sonstige regelmäßige monat- liche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Ver- pachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	Euro	Euro	Euro	Euro
Art der Einkünfte				
Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.				
Arbeitslosengeld / Bürgergeld seit	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ



Name, Vorname

Versicherungsnummer

	Ehepartner/in	Kind	Kind	Kind
Vorname				

Weitere Angaben zu Familienangehörigen

Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.)		T T M M J J J J	T T M M J J J J	T T M M J J J J
	von			
	bis			
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung mitsenden.)		T T M M J J J J	T T M M J J J J	T T M M J J J J
	von			
	bis			

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

Rentenversicherungsnummer				

Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.

Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

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.

T T M M J J J J

Datum

Unterschrift des Mitglieds

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Unterschrift des/der Familienangehörigen

Bei getrennt Lebenden reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.

Zur Vorlage bei Deiner zur Meldung verpflichteten Stelle, z. B. Arbeitgeber, Agentur für Arbeit

**Bitte
rechtzeitig
dort
abgeben.**

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Informationen zu meiner neuen Krankenkasse

Ich habe die mhplus Betriebskrankenkasse als künftige Krankenkasse gewählt.

Beantragter Kassenwechsel zum: _____

Hier die Daten der mhplus in Kürze: mhplus Betriebskrankenkasse, 71632 Ludwigsburg

Allgemeiner Beitragssatz	14,6 %
Zusatzbeitrag	1,58 %
Betriebsnummer	63494759
Bankverbindungen	Commerzbank Ludwigsburg, IBAN DE29 6048 0008 0500 9005 00, BIC DRESDEFF604 KSK Ludwigsburg, IBAN DE19 6045 0050 0000 0772 08, BIC SOLADES1LBG

Bitte nehmen Sie diese Bescheinigung zu Ihren Unterlagen und melden Sie mich bei der mhplus an.

Sollte ein Krankenkassenwechsel zum beantragten Beginn noch nicht möglich sein, informiere ich Sie entsprechend.

Freundliche Grüße

Ort, Datum, Unterschrift



♥ **Immer für Dich da** ☎ **07141 9790-0, Mo.–Fr. 7–20 Uhr /
Sa. 10–13 Uhr** ✉ **info@mhplus.de** f **facebook.com/mhplus**
📷 **instagram.com/deine_mhplus** 📱 **) mhplus Service-App**
📍 **Geschäftsstelle: Franckstraße 8, 71636 Ludwigsburg**
oder 🔍 **www.mhplus.de**