

Deine Antragsformulare.

# Ganz *einfach* Mitglied werden.

Es geht schneller, als Du denkst.

**mhplus**  
Krankenkasse.

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 <input type="text"/> T T M M J J J J		<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied der mhplus werden.	<input type="text"/> Vermittlernummer						
<b>Meine Daten</b>									
Name	<input type="text"/>			Vorname	<input type="text"/>				
Straße	<input type="text"/>			Hausnummer	<input type="text"/>				
PLZ	<input type="text"/> Ort			<input type="text"/>					
Nationalität (freiwillige Angabe)	<input type="text"/>			Bundesland	<input type="text"/>				
Telefon	<input type="text"/>			E-Mail	<input type="text"/>				
Familienstand	<input type="text"/>			Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich (w)	<input type="checkbox"/> männlich (m)	<input type="checkbox"/> divers (d)	<input type="checkbox"/> unbekannt (x)	
<b>Sozialversicherungsnummer</b>				<input type="text"/>					
Ich habe noch keine Sozialversicherungsnummer. Bitte beantragen Sie diese für mich mit den folgenden Angaben:									
Geburtsdatum	<input type="text"/> T T M M J J J J			Geburtsname		<input type="text"/>			
Geburtsort	<input type="text"/>			Geburtsland		<input type="text"/>			
<b>Meine Steuer-ID</b>				<input type="text"/>					
(Diese steht auf Ihrem Steuerbescheid.)									
<b>Anlass der Mitgliedschaft</b>									
<input type="checkbox"/> Mein Versicherungsverhältnis hat sich geändert. (z. B. Wechsel des Arbeitgebers)		<input type="checkbox"/> Mein Versicherungsverhältnis ist seit mehr als 12 Monaten unverändert. (Kassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis)							
<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							
Ich	<input type="checkbox"/> arbeite	<input type="checkbox"/> mache eine Ausbildung	<input type="checkbox"/> studiere dual	(bitte <b>Studienbescheinigung</b> mitsenden)		<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 (bitte <b>Nachweis</b> mitsenden).									
<input type="checkbox"/> Ich erhalte Arbeitslosen-/Bürgergeld (bitte <b>Bescheid</b> mitsenden).		<input type="checkbox"/> Ich habe	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> Bürgergeld beantragt.					
<b>Hinweis:</b> Weitere Personengruppen – bitte Folgeseite ausfüllen									
<b>Angaben zum Arbeitgeber</b> (Betriebsnummer bitte beim Arbeitgeber erfragen – immer 8-stellig.)									
Firmenname	<input type="text"/>			Telefon	<input type="text"/>				
Adresse	<input type="text"/>								
Betriebsnummer	<input type="text"/>			beschäftigt seit	<input type="text"/> T T M M J J J J				
<b>Sonstige Angaben</b> (bitte Zutreffendes ankreuzen)									
<input type="checkbox"/> Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus (bitte <b>Folgeseite</b> ausfüllen).									
<input type="checkbox"/> Ich studiere neben meiner Beschäftigung (bitte <b>Studienbescheinigung</b> mitsenden und zusätzlich <b>Folgeseite</b> ausfüllen). Stundenanzahl Beschäftigung (wöchentlich) <input type="text"/>									
<input type="checkbox"/> Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung oder eines vergleichbaren Trägers im Ausland (bitte <b>Rentenbescheid</b> mitsenden).									
<input type="checkbox"/> Ich erhalte Versorgungsbezüge, z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten (bitte <b>Bescheid</b> der Versorgungsstelle mitsenden).									
<input type="checkbox"/> Ich wurde auf Antrag von der Krankenversicherungspflicht befreit (bitte Kopie des <b>Bescheides</b> mitsenden).									
<input type="checkbox"/> Ich erhalte Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.									
<b>Angaben zur bisherigen Krankenversicherung</b>									
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 <b>bisherigen Krankenkasse</b>				vom	<input type="text"/> T T M M J J J J		bis zum		<input type="text"/> T T M M J J J J
<input type="checkbox"/> Ich habe dort einen Wahltarif gewählt.									
<b>Familienversicherung</b>									
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"/> T T M M J J J J				<input type="text"/>					
Datum	<input type="text"/>								
Unterschrift	<input type="text"/>								

Name, Vorname

### Geburtsdatum

Ich

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> bin verbeamtet  | <input type="checkbox"/> bin in Pension   | <input type="checkbox"/> führe den Haushalt | <input type="checkbox"/> bekomme Sozialhilfe |
| <input type="checkbox"/> gehe zur Schule (bitte <b>Schulbescheinigung</b> mitsenden) | <input type="checkbox"/> studiere (bitte <b>Studienbescheinigung</b> mitsenden) |   |  |
| <input type="checkbox"/> bin in Rente (bitte <b>Rentenbescheid</b> mitsenden)        | <input type="checkbox"/> habe eine Rente beantragt am                           | <b>TTMMJJJJ</b>                             |  |

### Weitere Angaben zur selbstständigen Tätigkeit

### Anzahl wöchentliche Arbeitsstunden

Anzahl Beschäftigte davon geringfügig Beschäftigte

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 5.812,50 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

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

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

**Diese Angaben brauchen wir nur bei einem Antrag für Minderjährige**

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

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.

Unterschrift

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.



# 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](mailto: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](http://www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz)**



Immer für Deine Familie da.

# *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.

## A. Angaben Mitglied (Hauptversicherter)

Name, Vorname

Versicherungsnummer

(Diese steht auf Ihrer mhplus-Gesundheitskarte.)

Ich war bisher  als Mitglied versichert  familienversichert bei  nicht gesetzlich krankenversichert

Name der Krankenkasse

### Familienstand

ledig  verheiratet\*  getrennt lebend\*  geschieden seit  T  T  M  M  J  J  J  J  verwitwet  
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG\*

\*) Bitte machen Sie weitere Angaben in der Spalte „Ehepartner“.

### Anlass für die Familienversicherung

Beginn meiner Mitgliedschaft  Geburt des Kindes  Zuzug aus dem Ausland  
 Ende der eigenen Mitgliedschaft meines Angehörigen  Heirat  Sonstiges

### Kontakt

Meine Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Meine E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

## B. Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehe-/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartners und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.

### Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Beginn der Familienversicherung	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J
Name**	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
**) Bei abweichendem Familiennamen zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J
Geschlecht männlich (m), weiblich (w), divers (d), unbestimmt (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (d) <input type="checkbox"/> (x)
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind/ Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind/ Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind/ Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	
Ist Ihr Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschafts- verhältnis ausfüllen).	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	

Name, Vorname

Versicherungsnummer

	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Vorname				

**Angaben zur bisherigen Versicherung der Familienangehörigen**

<b>Die bisherige Versicherung</b>				
• besteht weiter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
• 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
Bestand zuletzt eine Familienversicherung? Dann geben Sie bitte den Namen und Vornamen der Person an, über die bisher die Angehörigen versichert waren.	(Vorname)  (Name)	(Vorname)  (Name)	(Vorname)  (Name)	(Vorname)  (Name)

**Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen**

<b>Selbstständige Tätigkeit</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit	Euro	Euro	Euro	Euro
Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.				
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus einer <b>Beschäftigung</b>	Euro	Euro	Euro	Euro
Entlassungsentschädigung (z. B. Abfindung)	Euro	Euro	Euro	Euro
Geringfügige Beschäftigung ( <b>Minijob</b> )	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten</b>				
Monatlicher Zahlbetrag	Euro	Euro	Euro	Euro
<b>Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts</b> (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	Euro	Euro	Euro	Euro
Art der Einkünfte				
Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.				
<b>Arbeitslosengeld / Bürgergeld seit</b>	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ

Name, Vorname

## Versicherungsnummer

	<b>Ehepartner</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>
Vorname				

## Weitere Angaben zu Familienangehörigen

<b>Schulbesuch/Studium</b> (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.)	<input type="checkbox"/> Ja bis <b>T T M M J J J J</b>	<input type="checkbox"/> Ja bis <b>T T M M J J J J</b>	<input type="checkbox"/> Ja bis <b>T T M M J J J J</b>
<b>Freiwilliger Wehrdienst</b> (Bitte Dienstzeitbescheinigung mitsenden.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja

## **Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige**

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 – bei familienversicherten Kindern – der andere Elternteil nicht mehr Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist. Auch die Eheschließung der Eltern ist zu melden, wenn der andere Elternteil nicht gesetzlich versichert ist.

Ort

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

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.

**Unsere Stammdaten  
im Überblick**

Freundliche Grüße

---

Ort, Datum, Unterschrift

 **Immer für Dich da** ☎ **07141 9790-0** ✉ **info@mhplus.de**  
 **facebook.com/mhplus**  **instagram.com/deine\_mhplus**  
 **mhplus Service-App**  **www.mhplus.de**