

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 TTMMJJJJ		<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied	<input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied der mhplus werden.	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>
		Vermittlernummer		
Meine Daten				
Name	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>		Vorname	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>
Straße	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>		Hausnummer	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div>
PLZ	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div>	Ort	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>	
Nationalität	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>		Bundesland	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>
Telefon <small>(freiwillige Angabe)</small>	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>		E-Mail	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>
Familienstand	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich (w)	<input type="checkbox"/> männlich (m)
			<input type="checkbox"/> divers (d)	<input type="checkbox"/> unbestimmt (x)
Sozialversicherungsnummer <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>				
Ich habe noch keine Sozialversicherungsnummer. Bitte beantragen Sie diese für mich mit den folgenden Angaben:				
Geburtsdatum	TTMMJJJJ	Geburtsname	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>	
Geburtsort	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	Geburtsland	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	
Meine Steuer-ID <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div> <small>(Diese steht auf Ihrem Steuerbescheid.)</small>				
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		<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>	
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 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	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>		Telefon	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>
Adresse	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px;"></div>			
Betriebsnummer	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div>	beschäftigt seit	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> <input type="checkbox"/> Stundenanzahl Beschäftigung <small>(wöchentlich)</small> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></div>				
<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		<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>	vom	TTMMJJJJ
			bis zum	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.				
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div>				
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

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



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 Kundebefragung 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 legitimen 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.

A. Angaben Mitglied (Hauptversicherter)

Name, Vorname

Versicherungsnummer

(Diese steht auf Ihrer mhplus-Gesundheitskarte.)

Ich war bisher

☐ als Mitglied versichert☐ familienversichert bei

Name der Krankenkasse

☐ nicht gesetzlich krankenversichert

Familienstand

☐ ledig☐ verheiratet*☐ getrennt lebend*☐ geschieden seit

TTMMJJJJ

☐ 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	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ
Name**				
Vorname				
Geburtsdatum	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ	TTMMJJJJ
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				
Verwandschaftsverhältnis 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

Die bisherige Versicherung				
• besteht weiter	<div><input type="checkbox"/> Ja</div> <div><input type="checkbox"/> Nein</div>			
• endete am	<div>T</div> <div>T</div> <div>M</div> <div>M</div> <div>J</div> <div>J</div> <div>J</div> <div>J</div>	<div>T</div> <div>T</div> <div>M</div> <div>M</div> <div>J</div> <div>J</div> <div>J</div> <div>J</div>	<div>T</div> <div>T</div> <div>M</div> <div>M</div> <div>J</div> <div>J</div> <div>J</div> <div>J</div>	<div>T</div> <div>T</div> <div>M</div> <div>M</div> <div>J</div> <div>J</div> <div>J</div> <div>J</div>
• bei <small>(Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung)</small>	<div></div> <div></div>	<div></div> <div></div>	<div></div> <div></div>	<div></div> <div></div>
• Art der Versicherung Mitgliedschaft (1), Familienversicherung (2), nicht gesetzlich versichert (3) <small>(bitte ankreuzen)</small>	<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div>	<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div>	<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div>	<div>1</div> <div>2</div> <div>3</div>
Bestand zuletzt eine Familienversicherung? Dann geben Sie bitte den Namen und Vornamen der Person an, über die bisher die Angehörigen versichert waren.	<div></div> <div>(Vorname)</div> <div></div> <div>(Name)</div>	<div></div> <div>(Vorname)</div> <div></div> <div>(Name)</div>	<div></div> <div>(Vorname)</div> <div></div> <div>(Name)</div>	<div></div> <div>(Vorname)</div> <div></div> <div>(Name)</div>

Angaben zu den Einkünften der Familienangehörigen

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

Name, Vorname

Versicherungsnummer

	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Vorname				

Weitere Angaben zu Familienangehörigen

Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.)		<div><div></div> Ja</div> <div>bis</div> <div>T T M M J J J J</div>	<div><div></div> Ja</div> <div>bis</div> <div>T T M M J J J J</div>	<div><div></div> Ja</div> <div>bis</div> <div>T T M M J J J J</div>
Freiwilliger Wehrdienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung mitsenden.)		<div><div></div> Ja</div>	<div><div></div> Ja</div>	<div><div></div> Ja</div>

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

Rentenversicherungsnummer	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
---------------------------	---	---	---	---

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.

T T M M J J J J

Datum

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.

Freundliche Grüße

Ort, Datum, Unterschrift

**Unsere Stammdaten
im Überblick**

♥ **Immer für Dich da** ☎ **07141 9790-0** ✉ **info@mhplus.de**
f **facebook.com/mhplus** 📷 **instagram.com/deine_mhplus**
📱) **mhplus Service-App** 🔍 **www.mhplus.de**