

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 73.800,00 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 ist dabei.

Datum Unterschrift



Name, Vorname

Geburtsdatum

Grid for name and first name

Grid for birth date

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

- bin selbstständig als bin Existenzgründer mit Gründungszuschuss (bitte Bescheid mitsenden)

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 5.512,50 Euro (jährlich 66.150,00 Euro).
Mein Ehepartner ist nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (bitte Einkommensnachweise mitsenden).
Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder (ohne eigene Einnahmen): davon gemeinsame Kinder

Table with 4 columns: Angaben zu meinen Einnahmen, monatlich Euro, jährlich Euro, bitte folgende Nachweise in Kopie mitsenden. Rows include Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, Lohn/Gehalt, Rente(n), Brutto-Versorgungsbezüge, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Zinsen, Abfindung, Sozialhilfe/Grundsicherung, and Sonstige Einnahmen.

Meine Einnahmen liegen unter 1.248,33 Euro monatlich. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch

Diese Angaben brauchen wir nur bei einem Antrag für Minderjährige

Grid for minor information

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

Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung

Ich habe 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.



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

verwitwet

eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG*

*) Bitte mache 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.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu den Familienangehörigen

	Ehepartner	Kind	Kind	Kind
Beginn der Familienversicherung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name**	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 zum 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?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

***) Bei fehlender Namensgleichheit 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.

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	TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ
• 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 Familienversicherung? 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	TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ
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, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten				
Monatlicher Zahlbetrag	Euro	Euro	Euro	Euro
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	Euro	Euro	Euro	Euro
Art der Einkünfte				
Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.				
Arbeitslosengeld / Bürgergeld seit	TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ	TTMMJJJJJ



Name, Vorname

Versicherungsnummer

	Ehepartner/in	Kind	Kind	Kind
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Weitere Angaben zu Familienangehörigen

	Ehepartner/in	Kind	Kind	Kind
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	von	von	von	von
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung mitsenden.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	von	von	von	von
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

Rentenversicherungsnummer	Ehepartner/in	Kind	Kind	Kind
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Geburtsname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsland	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

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

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



**Unsere Stammdaten
im Überblick**

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** ✉ **info@mhplus.de**
f **facebook.com/mhplus** 📷 **instagram.com/deine_mhplus**
📱 **) mhplus Service-App** 🔍 **www.mhplus.de**

