

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

Form with checkboxes for employment status, pension, household, social benefits, school, studies, and rent.

Form with checkboxes for self-employed status and existence founder.

Weitere Angaben zur selbstständigen Tätigkeit

Form with input fields for weekly working hours, employees, and a checkbox for main profession.

Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Form with checkboxes for monthly income and spouse insurance, and input fields for dependent children.

Table with 4 columns: Angaben zu meinen Einnahmen, monatlich Euro, jährlich Euro, bitte folgende Nachweise in Kopie mitsenden. Rows include self-employment, salary, pension, and other income.

Form with a checkbox and input field for monthly income and life maintenance.

Diese Angaben brauchen wir nur bei einem Antrag für Minderjährige

Grid for minor application information

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

Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung

Form with a checkbox and input field for children.

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).

Grid for date

Datum

Grid for signature

Unterschrift