krankenkassennetz.de GmbH • Waisenhausring 6• D-06108 Halle (Saale)

krankenkassennetz.de

Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

mhplus Mitgliedsantrag + Freiumschlag

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragsservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Wenn Sie in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Thüringen oder Schleswig-Holstein wohnen oder arbeiten, können Sie in die **mhplus BKK** eintreten. Dafür gehen Sie bitte wie folgt vor:

Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail (info@krankenkasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.

Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **mhplus BKK** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.

Von der **mhplus BKK** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **mhplus BKK** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **mhplus BKK** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit feundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

mhplus

Mitgliedschaftserklärung

Nur durch die mhplus zu befüllen: Vermittlernummer / Name, Vorname Mitarbeiter

Ich möchte ab dem T T M M J J J J ☐ Pflichtmitglied ☐ freiwilliges Mitglied der mhplus werden.

11426
Vermittlernummer

Meine Daten

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Nationalität _____ Bundesland _____

Telefon _____ 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 T T M M J J J J Geburtsname _____

Geburtsort _____ Geburtsland _____

Meine Steuer-ID _____ (Diese finden Sie 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 bin ☐ Arbeitnehmer/in ☐ Auszubildende/r ☐ duale/r Student/in ☐ Werkstudent/in

☐ Als Arbeitnehmer/in bin ich freiwillig versichert. Dies gilt, wenn das Jahresgehalt über 66.600,00 Euro liegt.

☐ 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 T T M M J J J J

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 T T M M J J J J bis zum T T M M J J J J

☐ Ich habe dort einen Wahltarif gewählt.

Familienversicherung

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

T T M M J J J J _____

Datum Unterschrift

01/2023

Hinweis zum Datenschutz: Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen. Die Daten brauchen wir für die Durchführung Ihres Versicherungsverhältnisses nach §§ 5 ff. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) und um Ihre Beiträge zu berechnen nach §§ 226 ff. SGB V, 57 SGB XI. Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten erhalten Sie unter: www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice mhplus BKK
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

(1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden

(2) auf einen Briefumschlag kleben

(3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen

(4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.