



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](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkasseninfo.de](http://www.krankenkasseninfo.de)

Handelsregistereintrag  
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID  
DE 235 828 638

## Antrag auf Mitgliedschaft

Guten Tag,

vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **mhplus BKK** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

### Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **mhplus BKK** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **mhplus BKK** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienversicherungsbogen** aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **mhplus BKK** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer



Name, Vorname

Geburtsdatum

TTMMJJJJ

TTMMJJJJ

**Ich bin**

selbstständig als:  Anzahl der wöchentl. Arbeitsstunden:  Anzahl der Beschäftigten (ohne Azubis):

Beamter/Beamtin  Rentner/in  Schüler/in  Student/in (Bitte Studienbescheinigung beifügen.)

Sozialhilfeempfänger/in  Hausfrau/Hausmann  Existenzgründer/in  Pensionär/in

**Ich habe**  Leistungen bei der Agentur für Arbeit beantragt.  Rente beantragt.

Antragsdatum:  (Bitte Bescheide beifügen.) Antragsdatum:

**Angaben zu den Einkommensverhältnissen**

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.125,00 EUR (jährl. 49.500,00 EUR). Weitere Angaben zu den Einkommensverhältnissen entfallen. Angaben zu den Einkommensverhältnissen Ihres Ehegatten sind nur notwendig, wenn dieser nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist.

Mein Ehegatte ist in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert.  Ja  Nein (Bitte Einkommensnachweis beifügen.)

Anzahl der gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder (ohne eigene Einnahmen):

**Diese Angaben werden nur bei einem Mitgliedsantrag für Minderjährige benötigt:**

Vorname, Name Geburtsdatum des/der gesetzlichen Vertreter/s und ggf. abweichende Anschrift

	Monatlich EUR	Jährlich EUR
<b>Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit</b> (Bitte Kopie des letzten Einkommensteuerbescheids beifügen.)		
<b>Lohn/Gehalt</b> aus einer Beschäftigung Monatliches Bruttoentgelt (Bitte fügen Sie die letzte Gehaltsabrechnung bei.) Einmalzahlungen (Bitte Nachweis beifügen.) Sonstiger geldwerter Vorteil (Bitte Nachweis beifügen.)		
<b>Renten</b> z. B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten (Bitte aktuelle Bescheide beifügen.)  Art: <input type="text"/>		
<b>Grundsicherung</b> im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem GSiG		
<b>Brutto-Versorgungsbezüge</b> z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten (Bitte aktuelle Bescheide beifügen.)  Art: <input type="text"/> Einmalzahlungen		
<b>Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung</b> (Bitte Kopie des letzten Einkommensteuerbescheids beifügen.)		
<b>Zinsen und sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen</b> , vermindert um die Werbungskosten aber ohne Abzug des Sparerpauschbetrages (Bitte Kopie des letzten Einkommensteuerbescheids beifügen.)		
<b>Abfindung</b> (Bitte Vertrag beifügen.)		
<b>Sozialhilfe</b> (Bitte Bescheid beifügen.)		
<b>Sonstige Einnahmen</b> (Bitte Nachweis beifügen.)  Art: <input type="text"/>		

Meine Einnahmen liegen unter 945,00 EUR monatlich, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:

**Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z. B. Steuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.**

**Pflegeversicherung: Ich habe Kinder.**  Ja (Bitte Nachweis beifügen.)  Nein

**Ich wünsche die Krankenversicherung** (nur für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige)

mit Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche.  ohne Anspruch auf Krankengeld

Ja  Nein Hiermit erteile ich meine Zustimmung zur Übermittlung der gezahlten bzw. erstatteten Beiträge an die zentrale Stelle für Altersvermögen. Diese Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Meine Steuer-ID lautet:

**Zahlungsweise – Bitte nur bei freiwilliger Mitgliedschaft bzw. Mitgliedschaft als Student/in ausfüllen**

Die Beiträge werden überwiesen.  SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die mhplus, Zahlungen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der mhplus bezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN  BIC

Kreditinstitut  Name des Kontoinhabers

Datum

Unterschrift

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 und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

