



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

Antrag auf Mitgliedschaft (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **mhplus BKK** ist für dich unkompliziert möglich. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (info@krankenkassennetz.de).

Die **mhplus BKK** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

Achtung: Wenn du nicht binnen 14 Tagen nach Beginn der Ausbildung eine Krankenkasse gewählt hast wirst du vom Ausbildungsbetrieb bei der Krankenkasse angemeldet, in der du bisher familienversichert warst. Die Krankenkasse deiner Eltern muss aber nicht immer auch die beste Krankenkasse für dich sein.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Achtung: Die Mitgliedschaft kann nur durchgeführt werden, wenn Sie dieser Erklärung die Kündigungsbestätigung Ihrer vorherigen Kasse beilegen.

Nur durch mhplus zu befüllen: Name, Vorname Mitarbeiter

Ich möchte ab dem Pflichtmitglied freiwilliges Mitglied der mhplus werden. Vermittlernummer

Sozialversicherungsnummer (unbedingt angeben – immer 12-stellig):

Personalien

Name

Vorname Weiblich Männlich

Straße, Nr.

PLZ Ort

Nationalität Bundesland

Telefon E-Mail

Familienstand

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

Meine Steuer-ID lautet

Wenn noch keine Sozialversicherungsnummer beantragt wurde:

Geburtsdatum Geburtsname

Geburtsort Geburtsland

Ich bin Arbeitnehmer/in Ja Nein (Falls nein, füllen Sie bitte auch die Rückseite aus.)

Als Arbeitnehmer/in bin ich freiwillig versichert. Ja Nein (Dies gilt, wenn das Jahresgehalt über 60.750,00 Euro liegt.)

Der Arbeitgeber führt die Beiträge zur freiwilligen Versicherung ab. Ja Nein (Falls nein, bitte Angaben auf Rückseite zu Zahlungsweise und Pflegeversicherung ausfüllen.)

Ich bin Auszubildende/r. Ja Nein

Ich bin duale/r Student/in. Ja Nein

Arbeitgeber (Betriebsnummer unbedingt beim Arbeitgeber erfragen – immer 8-stellig.)

Firmenname

Straße, Nr.

PLZ Ort

Betriebsnummer Telefon-Nr.

Wird erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen? Ja Nein

Üben Sie zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus? Ja Nein (Falls ja, füllen Sie bitte auch die Rückseite aus.)

Beziehen Sie eine Rente der Deutschen Rentenversicherung oder eines vergleichbaren Trägers im Ausland? Ja Nein (Falls ja, fügen Sie bitte einen Rentenbescheid bei.)

Erhalten Sie Versorgungsbezüge? Ja Nein (Falls ja, fügen Sie bitte den Bescheid der Versorgungsstelle bei.)

Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden? Ja Nein (Falls ja, füllen Sie bitte den Zusatzfragebogen aus.)

Name und Anschrift der bisherigen Krankenkasse (Bitte unbedingt angeben.)

Name von bis

pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert privat versichert

Wurde eine Befreiung von der Versicherungspflicht durch eine Krankenkasse ausgesprochen? Ja Nein (Falls ja, bitte Kopie des Bescheides beifügen.)

Beziehen Sie Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung? Ja Nein

Datum Unterschrift

Name, Vorname

Geburtsdatum

Grid for name input

TTMMJJJJ grid for birth date

Ich bin

Form for self-employment status, work hours, and occupation (Beamter, Rentner, Schüler, Student, etc.)

Ich habe

Form for agency services and pension applications with date grids

Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.537,50 Euro (jährl. 54.450,00 Euro). Weitere Angaben zu den Einkommensverhältnissen entfallen.

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

Form for representative information

Table with 3 columns: Category (Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, Lohn/Gehalt, Rente, etc.), Monthly EUR, and Annual EUR

Meine Einnahmen liegen unter 1.038,33 Euro monatlich, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:

Krankengeld für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige

Bitte senden Sie mir Informationen zur Versicherung mit Krankengeld ab Beginn der 7. Woche.

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

Zahlungsweise – Pflichtangabe bei freiwilliger Mitgliedschaft bzw. Mitgliedschaft als Student/in, freiwillige Angabe für z. B. Erstattungen bei Kostenübernahme.

Die Beiträge werden überwiesen. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die mhplus, Zahlungen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

IBAN and BIC input fields

Kreditinstitut and Name des Kontoinhabers input fields

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) vorlegen.

Signature and date lines

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.

