



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)

Rechtskreis	<input type="checkbox"/> West	<input type="checkbox"/> Ost	Vermittlernummer (wird vom Vermittler ausgefüllt)	<input type="text"/>
Ich möchte ab dem	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied	<input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied der mhplus werden.	
Sozialversicherungsnummer (unbedingt angeben – immer 12-stellig):	<input type="text"/>			
Neue Krankenversicherungsnummer:	<input type="text"/>		Der Lichtbildbogen liegt bei.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Personalien

Name	<input type="text"/>											
Vorname	<input type="text"/>										<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Männlich
Straße, Nr.	<input type="text"/>											
PLZ	<input type="text"/>		Ort	<input type="text"/>								
Familienstand	<input type="text"/>			Telefon	<input type="text"/>							
Nationalität	<input type="text"/>			Bundesland	<input type="text"/>							

Wenn bisher noch keine Sozialversicherungsnummer beantragt wurde:

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

Ich bin Arbeitnehmer

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (Falls nein, bitte Rückseite ausfüllen.)											
Arbeitgeber												
Firmenname	<input type="text"/>											
Straße, Nr.	<input type="text"/>											
PLZ	<input type="text"/>		Ort	<input type="text"/>								
Telefon-Nr.	<input type="text"/>			<input type="text"/>								
Betriebsnummer (Bitte unbedingt beim Arbeitgeber erfragen – immer 8-stellig.)	<input type="text"/>											
Ich bin Auszubildende/r.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein										
Ich bin als Arbeitnehmer freiwillig versichert. Mein Jahreslohn-/gehalt liegt über 54.900,00 EUR.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein										
Die Beiträge zur freiwilligen Versicherung werden durch den Arbeitgeber gezahlt.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (Falls nein, bitte auf Rückseite Angaben zur Zahlungsweise und Pflegeversicherung ausfüllen.)										
Wird erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein										
Üben Sie zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein										
Beziehen Sie eine Rente der Deutschen Rentenversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Erhalten Sie Versorgungsbezüge?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein							

Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden?

(Falls ja, bitte Zusatzfragebogen ausfüllen.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde eine Befreiung von der Versicherungspflicht durch die bisherige Krankenkasse ausgesprochen?	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie des Bescheides beifügen.)	<input type="checkbox"/> Nein

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

Name	<input type="text"/>	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> privat versichert		
Beziehen Sie Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	
Wurde bei der SDK ein M-Tarif abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für persönliche Angebote und Informationen insbesondere zu Zwecken der Markt- und Meinungsforschung durch und ausschließlich für die mhplus BKK, deren gesetzlich legitimierten Kooperationspartner sowie beauftragte Marktforschungsinstitute per Post, E-Mail, SMS und telefonisch gespeichert und genutzt werden. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen.					

Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------------	----------------------	--------	----------------------

Datenschutz-Hinweis: Die Erhebung Ihrer Daten dient zur Bearbeitung Ihres Antrages und beruht auf § 175 i. V. m. 284 SGB V und § 50 i. V. m. § 93 ff. SGB XI. Das Einverständnis ist freiwillig. Der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit bei der mhplus BKK widersprechen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Grid for name and date of birth input

TTMMJJJJ grid for date of birth

Ich bin

Form for self-employment status, weekly working hours, and number of employees

Ich habe

Form for services requested and pension application status

Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.125,00 EUR (jährl. 49.500,00 EUR). Weitere Angaben zu den Einkommensverhältnissen entfallen.

Mein Ehegatte ist in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Ja Nein

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 member information

Table with 3 columns: Category, Monthly EUR, Annually EUR. Rows include: Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, Lohn/Gehalt, Renten, Grundsicherung, Brutto-Versorgungsbezüge, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Zinsen und sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen, Abfindung, Sozialhilfe, Sonstige Einnahmen.

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.

Pflegeversicherung: Ich habe Kinder. Ja 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.

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.

IBAN BIC

Kreditinstitut Name des Kontoinhabers

Form for date and signature

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.

