



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

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice 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 Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **mhplus BKK** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **mhplus BKK** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

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

Ich möchte ab dem 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 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 64.350,00 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 Arbeitslosengeld (bitte **Bescheid** mitsenden). Ich habe Arbeitslosengeld Arbeitslosengeld II 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 liegt bei.

Datum Unterschrift

Name, Vorname

Geburtsdatum

Grid for name input

TTMMJJJJ grid for birth date

Ich bin

Form with checkboxes for categories: Beamter/Beamtin, Pensionär/in, Hausfrau/Hausmann, Sozialhilfeempfänger/in, Schüler/in, Student/in, Rentner/in, and an option for 'Rente wurde beantragt' with a date grid.

Form with checkboxes for 'selbstständig als' and 'Existenzgründer/in mit Gründungszuschuss'.

Weitere Angaben zur selbstständigen Tätigkeit

Form with input fields for 'Anzahl wöchentliche Arbeitsstunden', 'Anzahl Beschäftigte', 'davon geringfügig Beschäftigte', and a checkbox for 'Ich übe die Tätigkeit hauptberuflich aus.' Includes a note about sending insurance information.

Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Form with checkboxes for 'Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.837,50 Euro' and 'Mein Ehegatte ist nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert'. Includes a field for 'Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder'.

Table with 4 columns: 'Angaben zu Ihren Einnahmen', 'monatlich Euro', 'jährlich Euro', and 'bitte folgende Nachweise in Kopie mitsenden'. Rows include: Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, Lohn/Gehalt, Rente(n), Brutto-Versorgungsbezüge, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Zinsen und sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen, Abfindung, Sozialhilfe/Grundsicherung, and Sonstige Einnahmen.

Form with a checkbox and text: 'Meine Einnahmen liegen unter 1.096,67 Euro monatlich. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch' followed by an input field.

Diese Angaben brauchen wir nur bei einem Antrag für Minderjährige

Grid for providing additional information for minors.

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

Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung

Form with a checkbox and text: 'Ich habe Kinder'.

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). Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zur Nachberechnung des Beitrages führen.

TTMMJJJJ grid for date

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

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

