



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.

Meine Daten

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Nationalität	<input type="text"/>	Bundesland	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Familienstand	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich (w) <input type="checkbox"/> männlich (m) <input type="checkbox"/> divers (d) <input type="checkbox"/> unbestimmt (x) <small>(freiwillige Angabe)</small>

Sozialversicherungsnummer:

Ich habe noch keine Sozialversicherungsnummer. Bitte beantragen Sie diese für mich mit den folgenden Angaben:

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

Meine Steuer-ID (Diese finden Sie auf Ihrem Steuerbescheid.)

Anlass der Mitgliedschaft

<input type="checkbox"/> Mein Versicherungsverhältnis hat sich geändert. <small>(z.B. Wechsel des Arbeitgebers)</small>	<input type="checkbox"/> Mein Versicherungsverhältnis ist seit mehr als 12 Monaten unverändert. <small>(Kassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis)</small>
<input type="checkbox"/> Meine bisherige Kasse hat den Zusatzbeitragssatz erhöht.	<input type="checkbox"/> Ich versichere mich zum ersten Mal bei einer gesetzlichen Krankenkasse.
<input type="checkbox"/> Ich nehme erstmals eine Beschäftigung in Deutschland auf.	<input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>

Ich bin Arbeitnehmer/in Auszubildende/r duale/r Student/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	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
Betriebsnummer	<input type="text"/>	beschäftigt seit	<input type="text"/>

Sonstige Angaben (bitte zutreffendes ankreuzen)

Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus (bitte Folgeseite ausfüllen).

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 an einem Wahltarif teilgenommen.

Familienversicherung

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

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

TTMMJJJJ

TTMMJJJJ

Ich bin

Beamter/Beamtin Pensionär/in Hausfrau/Hausmann Sozialhilfeempfänger/in
Schüler/in (bitte Schulbescheinigung mitsenden) Student/in (bitte Studienbescheinigung mitsenden)
Rentner/in (bitte Rentenbescheid mitsenden) Rente wurde beantragt Antragsdatum: TTMMJJJJ

selbstständig als: Existenzgründer/in mit Gründungszuschuss (bitte Bescheid mitsenden)

Weitere Angaben zur selbstständigen Tätigkeit:

Anzahl wöchentliche Arbeitsstunden:
Anzahl Beschäftigte: davon geringfügig Beschäftigte:
Ich übe die Tätigkeit hauptberuflich aus.
Bitte senden Sie mir Informationen zur Versicherung mit Krankengeld ab Beginn der 7. Woche (nur für hauptberuflich selbstständig Tätige).

Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.837,50 Euro (jährlich 58.050,00 Euro).
Mein Ehegatte ist nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (bitte Einkommensnachweise mitsenden).
Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder (ohne eigene Einnahmen): davon gemeinsame Kinder

Angaben zu Ihren Einnahmen

Table with 4 columns: Einnahmeart, 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, Sonstige Einnahmen.

Meine Einnahmen liegen unter 1.096,67 Euro monatlich. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:

Diese Angaben brauchen wir nur bei einem Antrag für Minderjährige:

TTMMJJJJ

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

Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung

Ich habe Kinder (bitte Nachweis, z. B. Geburtsurkunde oder Abstammungsurkunde mitsenden).

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

Unterschrift

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.

