



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

Guten Tag,

vielen Dank für das entgegengebrachte Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **mhplus BKK** unkompliziert möglich.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und dem Mitteilungsschreiben deiner alten Krankenkasse über die Beendigung der Familienversicherung im Freiumschatz zu uns.

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

Die **mhplus BKK** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

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): | | | |
| 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 | | |
| 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 Arbeitgeber | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Falls nein, bitte Rückseite ausfüllen.) |
| Firmenname | <input type="text"/> |
| Straße, Nr. | <input type="text"/> |
| PLZ | <input type="text"/> Ort |
| Telefon-Nr. | <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 | Unterschrift | E-Mail |
|-------|--------------|--------|

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

