

Nur durch mhplus zu befüllen: Name, Vorname Mitarbeiter

### Meine Angaben

Name																									
Vorname																	Geburtsdatum	T	T	M	M	J	J	J	J
Straße, Nr.																									
PLZ							Ort																		

### Angaben zu familienversicherten Angehörigen unter 18 Jahren:

<b>Kind 1</b> Name, Vorname																	Geburtsdatum	T	T	M	M	J	J	J	J
<b>Kind 2</b> Name, Vorname																	Geburtsdatum	T	T	M	M	J	J	J	J
<b>Kind 3</b> Name, Vorname																	Geburtsdatum	T	T	M	M	J	J	J	J

### Einwilligung zur Kontaktaufnahme der mhplus

Ich bin damit einverstanden, dass mich die mhplus

- zu meinem Versicherungsschutz und neuen Leistungsangeboten sowie zu Qualitätsoptimierungen (z. B. zur Qualitätsmessung und Kundenbindung) telefonisch kontaktiert und berät. Dazu kann auch ein Dienstleister beauftragt werden.
- zu Leistungsangeboten der privaten Krankenversicherung telefonisch kontaktiert und berät. Dazu kann auch ein Dienstleister beauftragt werden.
- Mein Einverständnis gilt auch für die mitversicherten Angehörigen unter 18 Jahren.

### Vertriebspartner

Ich bin damit einverstanden, dass die mhplus

- ihrem Vertriebspartner, der in meinem Auftrag für mich die Mitgliedschaft bei der mhplus beantragt hat, folgende Informationen weiterleitet:
  - Beginn und Ende meiner Mitgliedschaft oder Familienversicherung,
  - wenn eventuell meine Mitgliedschaft bei der mhplus nicht zu Stande kommt
  - sich eine Veränderung in meinem Versicherungsverhältnis ergibt, z. B. Ende der Versicherungspflicht durch die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit.
- Mein Einverständnis gilt auch für die mitversicherten Angehörigen unter 18 Jahren.

### Mein privater Krankenzusatzversicherungsschutz

Ich habe eine private Krankenzusatzversicherung bei folgendem Kooperationspartner der mhplus abgeschlossen

- Süddeutsche Krankenversicherung a. G.
- HALLESCHKE Krankenversicherung a. G.
- Ich beabsichtige eine Zusatzversicherung abzuschließen.

Ich bin damit einverstanden, dass die mhplus

- Informationen an ihren Kooperationspartner der privaten Krankenversicherung, bei dem ich eine private Krankenzusatzversicherung abgeschlossen habe, weiterleitet. Sie kann Folgendes mitteilen:
  - Beginn und Ende meiner Mitgliedschaft oder Familienversicherung,
  - wenn eventuell meine Mitgliedschaft bei der mhplus nicht zu Stande kommt
  - sich eine Veränderung in meinem Versicherungsverhältnis ergibt, z. B. Ende der Versicherungspflicht durch die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit.
- Informationen zu meinem privaten Krankenzusatzversicherungsschutz bei einem der Kooperationspartner bei sich speichert. Dabei wird die Art der Zusatzversicherung, die Versicherungsgesellschaft, der Beginn und das Ende der Zusatzversicherung gespeichert.
- meine Einwände zum Kooperationspartner direkt an ihn weiter gibt. Dazu kann die mhplus meine Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift) und den Grund für meine Einwände an den Kooperationspartner weiterleiten.
- Mein Einverständnis gilt auch für die mitversicherten Angehörigen unter 18 Jahren.

Datum																							
Unterschrift																							