

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

Ich möchte ab dem   Pflichtmitglied  freiwilliges Mitglied der mhplus werden.  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

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

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

Table with 4 columns: Angaben zu Ihren Einnahmen, monatlich Euro, jährlich Euro, 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