

Mitglied werden bei der mhplus Betriebskrankenkasse

In vier Schritten zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

- 1.** Bevor Sie die Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen können, müssen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse kündigen. Das ist einfach, problemlos und sicher. Und: keine Sorge – Ihre neue Krankenkasse nimmt Sie in jedem Falle auf, denn dazu ist sie gesetzlich verpflichtet, wenn Sie bislang gesetzlich krankenversichert waren. Ein Musterkündigungsschreiben finden Sie auf der letzten Seite. Füllen Sie dieses bitte aus – geht auch am Bildschirm – und unterschreiben es. Dann ab in einen Umschlag und per Post an Ihre jetzige Krankenkasse. Die Anschrift finden Sie auch auf unserer Website.
- 2.** Warten Sie auf die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse. In der Zwischenzeit füllen Sie bitte den Original-Mitgliedsantrag Ihrer neuen Krankenkasse auf der nächsten Seite dieses PDFs aus und unterschreiben ihn.
- 3.** Sobald die Kündigungsbestätigung eingetroffen ist, schicken Sie diese bitte zusammen mit Ihrem Mitgliedschaftsantrag direkt an uns – wir kümmern uns um alles Weitere. Und so können Sie uns Ihren Antrag zukommen lassen:
 - per Direkt-Upload: Bitte beide Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://handelsblatt.kassensuche.de/antrag/199>
 - per Mail: Bitte beide Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
 - per Fax: Bitte kostenfrei an die Nr. **0800-1003038** faxen
 - per Post: Bitte schicken an

Kassensuche GmbH
Zentraler Antragservice
Vilbeler Landstraße 186
60388 Frankfurt

- 4.** Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse eine Eingangsbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung. Ab jetzt genießen Sie alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse. So einfach geht das.

Hinweise: Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben.

Datenschutz: Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.

Mehr Infos auf www.kassensuche.de/datenschutz

Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

Achtung: Die Mitgliedschaft kann nur durchgeführt werden, wenn Sie dieser Erklärung die Kündigungsbestätigung Ihrer vorherigen Kasse beilegen.

Nur durch mhplus zu befüllen: Name, Vorname Mitarbeiter

Ich möchte ab dem Pflichtmitglied freiwilliges Mitglied der mhplus werden. Vermittlernummer

Sozialversicherungsnummer (unbedingt angeben – immer 12-stellig):

Personalien

Name

Vorname Weiblich Männlich

Straße, Nr.

PLZ Ort

Nationalität Bundesland

Telefon E-Mail

Familienstand

Hiermit erteile ich meine Zustimmung zur Übermittlung der gezahlten bzw. erstatteten Beiträge an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen. Diese Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ja Nein

Meine Steuer-ID lautet

Wenn noch keine Sozialversicherungsnummer beantragt wurde:

Geburtsdatum Geburtsname

Geburtsort Geburtsland

Ich bin Arbeitnehmer/in Ja Nein (Falls nein, füllen Sie bitte auch die Rückseite aus.)

Als Arbeitnehmer/in bin ich freiwillig versichert. Ja Nein (Dies gilt, wenn Jahresgehalt über 59.400,00 Euro liegt.)

Der Arbeitgeber führt die Beiträge zur freiwilligen Versicherung ab. Ja Nein (Falls nein, bitte Angaben auf Rückseite zu Zahlungsweise und Pflegeversicherung ausfüllen.)

Ich bin Auszubildende/r. Ja Nein

Ich bin duale/r Student/in. Ja Nein

Arbeitgeber (Betriebsnummer unbedingt beim Arbeitgeber erfragen – immer 8-stellig.) **Saisonarbeitskraft**

Firmenname

Straße, Nr.

PLZ Ort

Betriebsnummer Telefon-Nr.

Wird erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen? Ja Nein

Üben Sie zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus? Ja Nein (Falls ja, füllen Sie bitte auch die Rückseite aus.)

Beziehen Sie eine Rente der Deutschen Rentenversicherung? Ja Nein (Falls ja, fügen Sie bitte einen Rentenbescheid bei.)

Erhalten Sie Versorgungsbezüge? Ja Nein (Falls ja, fügen Sie bitte den Bescheid der Versorgungsstelle bei.)

Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden? Ja Nein (Falls ja, füllen Sie bitte den Zusatzfragebogen aus.)

Name und Anschrift der bisherigen Krankenkasse (Bitte unbedingt angeben.)

Name von bis

pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert privat versichert

Wurde eine Befreiung von der Versicherungspflicht durch eine Krankenkasse ausgesprochen? Ja Nein (Falls ja, bitte Kopie des Bescheides beifügen.)

Beziehen Sie Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung? Ja 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 Angabe von Gründen widerrufen.

Datum Unterschrift

Name, Vorname

Geburtsdatum

Grid for name and date input

TTMMJJJJ date selection

Ich bin section with checkboxes for employment status: selbstständig als, Beamter/Beamtin, Sozialhilfeempfänger/in, Rentner/in, Hausfrau/Hausmann, Schüler/in, Existenzgründer/in, Student/in, Pensionär/in

Ich habe section with checkboxes for services: Leistungen bei der Agentur für Arbeit beantragt, Rente beantragt, and corresponding Antragsdatum fields

Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.425,00 Euro (jährl. 53.100,00 Euro). Weitere Angaben zu den Einkommensverhältnissen entfallen.

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

Input field for representative information

Table with 3 columns: Category, Monatlich EUR, Jährlich EUR. Rows include: Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, Lohn/Gehalt, Rente(n), Grundsicherung, Brutto-Versorgungsbezüge, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Zinsen und sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen, Abfindung, Sozialhilfe, Sonstige Einnahmen

Meine Einnahmen liegen unter 1.015,00 Euro monatlich, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:

Krankengeld für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige

Bitte senden Sie mir Informationen zur Versicherung mit Krankengeld ab Beginn der 7. Woche.

Pflegeversicherung: Ich habe Kinder. Ja/Nein (Bitte Nachweis beifügen.)

Zahlungsweise – Pflichtangabe bei freiwilliger Mitgliedschaft bzw. Mitgliedschaft als Student/in, freiwillige Angabe für z. B. Erstattungen bei Kostenübernahme.

Die Beiträge werden überwiesen. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die mhplus, Zahlungen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

IBAN and BIC input fields

Kreditinstitut and Name des Kontoinhabers input fields

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) vorlegen.

Signature line

An

Bisherige Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Versichertennummer:
Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung
zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
Bitte bestätigen Sie mir dies innerhalb der nächsten 14 Tage.

Meine Adresse ist:

Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich
abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift