

## Mitglied werden bei der mhplus Betriebskrankenkasse

### Ganz einfach:

- 1.** Bitte drucken Sie den auf der nächste Seite folgenden Mitgliedschaftsantrag aus.
- 2.** Bitte persönliche Daten eintragen und unterschreiben lassen.
- 3.** Falls die Kündigungsbestätigung der bisherigen Kasse noch nicht vorliegt, bitte Kündigung veranlassen. Ein Musterschreiben finden Sie hier auf der letzten Seite oder unter [www.gesetzliche-krankenkassen.de/wechsel](http://www.gesetzliche-krankenkassen.de/wechsel) mit weiteren Infos.
- 4.** Antrag und Kündigungsbestätigung bitte auf einen der folgenden Wege direkt zu uns schicken:
  - per [makleraktiv.de](http://makleraktiv.de) hochladen
  - per Mail an [makleraktiv@kassensuche.de](mailto:makleraktiv@kassensuche.de) senden
  - per Fax kostenlos an 0800-1003038 senden
  - per Post an Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt senden
- 5.** Die neue Krankenkasse verschickt eine Kundenbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung
- 6.** Fertig. Der Kunde kommt in den Genuss aller Vorteile seiner neuen Krankenkasse.

Vertriebspartner:

finanz-profil GmbH Co. KG  
Liebknechtstraße 28  
99510 Apolda

E-Mail: [vertrieb@finanz-profil.de](mailto:vertrieb@finanz-profil.de)

#### 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](http://www.kassensuche.de/datenschutz)

**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

TTMMJJJJ

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

TTMMJJJJ

Geburtsname

Geburtsort

Geburtsland

### Ich bin Arbeitnehmer

Ja

Nein

(Falls nein, füllen Sie bitte auch die Rückseite aus.)

Als Arbeitnehmer bin ich freiwillig versichert, da mein Jahreslohn/-gehalt über 56.250,00 EUR liegt.

Ja

Nein

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

### 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

TTMMJJJJ

bis

TTMMJJJJ

pflichtversichert

freiwillig versichert

familienversichert

privat versichert

Wurde eine Befreiung von der Versicherungspflicht durch die bisherige 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 input

TTMMJJJJ grid for birth date

Ich bin section with checkboxes for self-employed, employee, retiree, student, etc.

Ich habe section with checkboxes for services, pension, and application dates.

Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Income details section including monthly gross income, spouse insurance, and children.

Table with 3 columns: Category, Monthly EUR, Annual EUR. Rows include self-employment, salary, pensions, etc.

Meine Einnahmen liegen unter 968,33 EUR monatlich, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:

Ich wünsche die Krankenversicherung section with checkboxes for health insurance options.

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren...

Pflegeversicherung: Ich habe Kinder section with checkboxes for care insurance.

Zahlungsweise - Pflichtangabe bei freiwilliger Mitgliedschaft bzw. Mitgliedschaft als Student/in...

Payment details section including IBAN, BIC, and credit institution information.

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