

Das füllt die mhplus aus: Vermittlernummer / Name, Vorname Mitarbeiter:

Ich möchte ab dem _____ ☐ Pflichtmitglied ☐ freiwilliges Mitglied der mhplus werden.

Meine Daten

Name _____ Paes _____ Vorname Leon _____
 Straße Tarforsterstr. _____ Hausnummer 45b _____
 PLZ 54296 Ort Trier _____
 Nationalität Deutsch _____ Bundesland Rheinland-Pfalz _____
 Telefon 0651 / 91893921 _____ E-Mail Leon.Paes97@gmail.com (freiwillige Angabe)
 Familienstand ledig _____ Geschlecht ☐ weiblich (w) ☒ männlich (m) ☐ divers (d) ☐ unbestimmt (x)

Sozialversicherungsnummer: 64310799P012

Ich habe noch keine Sozialversicherungsnummer. Bitte beantragen Sie diese für mich mit den folgenden Angaben:

Geburtsdatum 31.07.1999 Geburtsname Paes _____
 Geburtsort Rastatt _____ Geburtsland Deutschland _____

Meine Steuer-ID 85637289414 (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 ☐ arbeite ☐ mache eine Ausbildung ☐ studiere dual (Bitte Studienbescheinigung mitsenden.) ☐ bin Werkstudent
☐ bin angestellt und freiwillig versichert. Dies gilt, wenn das Jahresgehalt über 73.800,00 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 _____ Kind/er (bitte Nachweis mitsenden).
☐ Ich erhalte Arbeitslosen-/Bürgergeld (bitte Bescheid mitsenden). Ich habe ☐ Arbeitslosengeld ☐ Bürgergeld 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 selbständige Tätigkeit aus (bitte Folgeseite ausfüllen).
☐ Ich studiere neben meiner Beschäftigung (bitte Studienbescheinigung mitsenden und Folgeseite ausfüllen).
 Stundenzahl Beschäftigung (wöchentlich) _____
☐ Ich bekomme eine Rente der Deutschen Rentenversicherung oder eines vergleichbaren Trägers im Ausland (bitte Rentenbescheid mitsenden).
☐ Ich bekomme 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 mhplus vom _____ bis zum 31.03.2025
☐ Ich habe dort einen Wahltarif gewählt.

Familienversicherung

Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern. ☐ Bitte senden Sie mir einen Antrag zu. ☐ Der Antrag ist bei.

Datum 29.05.2025 Unterschrift _____

Name, Vorname

Paes, Leon

Geburtsdatum

31.07.1999

Ich

- ☐ bin verbeamtet ☐ bin in Pension ☐ führe den Haushalt ☐ bekomme Sozialhilfe
☐ gehe zur Schule (Bitte **Schulbescheinigung** mitsenden.) ☐ studiere (Bitte **Studienbescheinigung** mitsenden.)
☐ bin in Rente (Bitte **Rentenbescheid** mitsenden.) ☐ habe eine Rente beantragt am: _____

- ☐ bin selbständig als: _____ ☐ bin Existenzgründer 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 5.512,50 Euro (jährlich 66.150,00 Euro).
☐ Mein Ehepartner ist **nicht** in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (bitte **Einkommensnachweise** mitsenden).
 Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder (ohne eigene Einnahmen): _____ davon gemeinsame Kinder _____

Angaben zu meinen Einnahmen	monatlich Euro	jährlich Euro	bitte folgende Nachweise in Kopie mitsenden
Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit			letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig) und Gewerbeanmeldung
Lohn/Gehalt aus einer Beschäftigung			
Monatliches Bruttoentgelt			letzte Gehaltsabrechnung
Einmalzahlungen der letzten 12 Monate			Nachweis über die Einmalzahlung
Sonstiger geldwerter Vorteil (z. B. Dienstwagen)			Nachweis über den geldwerten Vorteil
Rente(n) z. B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten			
Art: _____			aktueller Rentenbescheid
Art: _____			aktueller Rentenbescheid
Brutto-Versorgungsbezüge z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten			
Art: _____			aktueller Rentenbescheid
Art: _____			aktueller Rentenbescheid
Einmalzahlungen			Nachweis über die Einmalzahlung
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung			letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig)
Zinsen und sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen			letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig)
Abfindung			Vertrag über die Abfindung
Sozialhilfe/Grundsicherung			Sozialhilfebescheid
Sonstige Einnahmen – Art: _____			Nachweis über die Einnahmen

- ☒ Meine Einnahmen liegen unter 1.248,33 Euro monatlich. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch: Rücklagen

Diese Angaben brauchen wir nur bei einem Antrag für Minderjährige:

Vorname, Name, Geburtsdatum des/der gesetzlichen Vertreter/s und eventuell abweichende Anschrift

Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung

- ☐ Ich habe _____ Kind/er (bitte **Nachweis**, z. B. Geburtsurkunde/n oder Abstammungsurkunde/n 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.

Datum

Unterschrift

1160554543240

L01055728
S0000083
P0003-0004



info@mhplus.de

Mandatsreferenz: **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

HINWEIS: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

L 01055728
S 00000085
P 0004-0004

