

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 Deutsc^h Bundesland Rheinland - Pfalz
 Telefon 0651 / 91893921 E-Mail Leon.Paes 97@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 Trier 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).
 Stundenanzahl 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 21.03.2025

Ich habe dort einen Wahltarif gewählt.

Familienversicherung

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

29.05.2025 
 Datum Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz: Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen. Die Daten brauchen wir für die Durchführung Ihres Versicherungsverhältnisses nach §§ 5 ff. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) und um Ihre Beiträge zu berechnen nach §§ 226 ff. SGB V, 57 SGB XI. Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten erhalten Sie unter: www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz.



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 selbstständig 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).

1160554543240

L01055728
S00000085
P0003-0004



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			letzte Gehaltsabrechnung
Monatliches Bruttoentgelt			Nachweis über die Einmalzahlung
Einmalzahlungen der letzten 12 Monate			Nachweis über den geldwerten Vorteil
Sonstiger geldwerter Vorteil (z. B. Dienstwagen)			
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

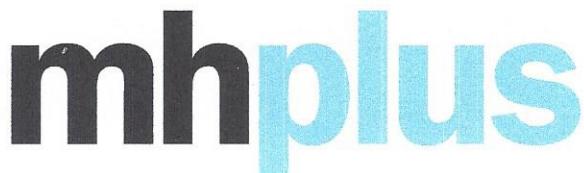
Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung

- 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



PK-017

Antwort

mhplus Betriebskrankenkasse
71632 Ludwigsburg

E-Mail:

info@mhplus.de

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE50ZZZ0000020991**

Mandatsreferenz: **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die mhplus, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der mhplus auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Angaben zur versicherten Person						
Versicherungsnummer	1765090035	Name	Paes		Vorname	Leon

Angaben zu einem abweichenden Kontoinhaber (m/w/d) - falls zutreffend

Abweichender Konto-
inhaber

nein

ja

Nur, falls ja:

Name _____

| Vorname |

Angaben zum Konto

| BIC |

|IBAN|

Bestätigung des Kontoinhabers

Datum								
	T	T.	M	M.	J	J	J	J

Ort | | | | | | | | | | | | | | | |

Unterschrift des Kontoinhabers