

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 das Jahresgehalt über 60.750,00 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.)

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 oder eines vergleichbaren Trägers im Ausland? 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

Datum Unterschrift

Name, Vorname

Geburtsdatum

Grid for name input

TTMMJJJJ grid for birth date

Ich bin

Form for self-employment status, work hours, and occupation (Beamter, Rentner, Schüler, Student, Sozialhilfeempfänger, Hausfrau, Existenzgründer, Pensionär)

Ich habe

Form for agency services and pension applications with date grids

Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.537,50 Euro (jährl. 54.450,00 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

Form for representative information

Table with 3 columns: Category, Monthly EUR, Annual EUR. 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 1.038,33 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. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der mhplus bezogenen Lastschriften einzulösen.

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 and date lines

Datum

Unterschrift