Hinweis: Durch meine Einverständniserklärung kann die mhplus mir den bestmöglichen Service bieten. Meine Angaben sind freiwillig.

mhplus

Einverständniserklärung

Nur durch mhplus zu befüllen: Name, Vorname Mitarbeiter

Meine Angaben

Name

Vorname Geburtsdatum T T M M J J J J

Straße, Nr.

PLZ Ort

Angaben zu familienversicherten Angehörigen unter 18 Jahren:

Kind 1 Name, Vorname Geburtsdatum T T M M J J J J

Kind 2 Name, Vorname Geburtsdatum T T M M J J J J

Kind 3 Name, Vorname Geburtsdatum T T M M J J J J

Einwilligung zur Kontaktaufnahme der mhplus

Ich bin damit einverstanden, dass mich die mhplus

☐ zu meinem Versicherungsschutz und neuen Leistungsangeboten sowie zu Qualitätsoptimierungen (z. B. zur Qualitätsmessung und Kundenbindung) telefonisch kontaktiert und berät. Dazu kann auch ein Dienstleister beauftragt werden.

☐ zu Leistungsangeboten der privaten Krankenversicherung telefonisch kontaktiert und berät. Dazu kann auch ein Dienstleister beauftragt werden.

☐ Mein Einverständnis gilt auch für die mitversicherten Angehörigen unter 18 Jahren.

Vertriebspartner

Ich bin damit einverstanden, dass die mhplus

☐ ihrem Vertriebspartner, der in meinem Auftrag für mich die Mitgliedschaft bei der mhplus beantragt hat, folgende Informationen weiterleitet:
- Beginn und Ende meiner Mitgliedschaft oder Familienversicherung,
- wenn eventuell meine Mitgliedschaft bei der mhplus nicht zu Stande kommt
- sich eine Veränderung in meinem Versicherungsverhältnis ergibt, z. B. Ende der Versicherungspflicht durch die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit.

☐ Mein Einverständnis gilt auch für die mitversicherten Angehörigen unter 18 Jahren.

Mein privater Krankenzusatzversicherungsschutz

Ich habe eine private Krankenzusatzversicherung bei folgendem Kooperationspartner der mhplus abgeschlossen

☐ Süddeutsche Krankenversicherung a. G. ☐ HALLESCHE Krankenversicherung a. G. ☐ Ich beabsichtige eine Zusatzversicherung abzuschließen.

Ich bin damit einverstanden, dass die mhplus

☐ Informationen an ihren Kooperationspartner der privaten Krankenversicherung, bei dem ich eine private Krankenzusatzversicherung abgeschlossen habe, weiterleitet. Sie kann Folgendes mitteilen:
- Beginn und Ende meiner Mitgliedschaft oder Familienversicherung,
- wenn eventuell meine Mitgliedschaft bei der mhplus nicht zu Stande kommt
- sich eine Veränderung in meinem Versicherungsverhältnis ergibt, z. B. Ende der Versicherungspflicht durch die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit.

☐ Informationen zu meinem privaten Krankenzusatzversicherungsschutz bei einem der Kooperationspartner bei sich speichert. Dabei wird die Art der Zusatzversicherung, die Versicherungsgesellschaft, der Beginn und das Ende der Zusatzversicherung gespeichert.

☐ meine Einwände zum Kooperationspartner direkt an ihn weiter gibt. Dazu kann die mhplus meine Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift) und den Grund für meine Einwände an den Kooperationspartner weiterleiten.

☐ Mein Einverständnis gilt auch für die mitversicherten Angehörigen unter 18 Jahren.

Datum Unterschrift

12/18

Das Einverständnis kann ich ohne Auswirkungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf kann telefonisch (07141 9790-0) oder schriftlich (info@mhplus.de) erfolgen. Weitere Informationen zum Datenschutz und zu den Dienstleistern und Kooperationspartnern erhalte ich unter www.mhplus.de/datenschutz. Auf Wunsch bekomme ich diese Informationen auch per Post von meiner mhplus.