

## Mitglied werden bei der mhplus Betriebskrankenkasse

### Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

#### Schritt 1 von 2:

##### **Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen und unterschreiben**

Eine Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich! Die neu von Ihnen gewählte Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir und die neue Krankenkasse kümmern uns um alles Weitere. **WICHTIG:** Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen:

- per Direkt-Upload: Bitte alle Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://www.zusatzbeitrag2023.de/antrag/199>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an [antrag@kassensuche.de](mailto:antrag@kassensuche.de) mailen
- per Fax: Bitte kostenfrei an die Nummer **0800-1003038** faxen
- per Post: Bitte schicken an:

**Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt**

#### Schritt 2 von 2:

##### **Arbeitgeber informieren**

Sofern Sie angestellt tätig sind, müssen Sie bitte Ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über Ihre Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse informieren. Das können Sie ganz einfach mit dem Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigen. **Bitte beachten Sie:** Dieses Schreiben muss **direkt von Ihnen** an Ihren Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

### **Geschafft! Sie erhalten in Kürze die Mitgliedschaftsbestätigung von Ihrer neuen Krankenkasse.**

Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse die Bestätigung der Mitgliedschaft mit Beginndatum. Dieses Beginndatum teilen Sie dann bitte noch Ihrem Arbeitgeber mit und können dann alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen.

**Hinweise:** Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben. Aufgrund der notwendigen Verarbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen kann es bei einer Antragstellung in den letzten Tagen eines Monats passieren, dass die vorherige Kasse erst im Folgemonat über die Kündigung informiert wird und sich dadurch der Wechsel um einen Monat verschiebt. Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

**Datenschutz:** Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.

Mehr Infos auf [www.kassensuche.de/datenschutz](http://www.kassensuche.de/datenschutz)

Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter [www.kassensuche.de/agb](http://www.kassensuche.de/agb)

Nur durch die mhplus zu befüllen: Vermittlernummer / Name, Vorname Mitarbeiter

Ich möchte ab dem   Pflichtmitglied  freiwilliges Mitglied der mhplus werden.  Vermittlernummer

### Meine Daten

Name  Vorname   
 Straße  Hausnummer   
 PLZ  Ort   
 Nationalität  Bundesland   
 Telefon  E-Mail  (freiwillige Angabe)  
 Familienstand  Geschlecht  weiblich (w)  männlich (m)  divers (d)  unbestimmt (x)

Sozialversicherungsnummer

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

Geburtsdatum  Geburtsname   
 Geburtsort  Geburtsland

Meine Steuer-ID  (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 bin  Arbeitnehmer/in  Auszubildende/r  duale/r Student/in  Werkstudent/in

Als Arbeitnehmer/in bin ich freiwillig versichert. Dies gilt, wenn das Jahresgehalt über 64.350,00 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 Kinder (bitte **Nachweis** mitsenden).

Ich erhalte Arbeitslosengeld (bitte **Bescheid** mitsenden).

Ich habe  Arbeitslosengeld

Arbeitslosengeld II 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 selbstständige Tätigkeit aus (bitte **Folgeseite** ausfüllen).  
 Ich studiere neben meiner Beschäftigung (bitte **Studienbescheinigung** mitsenden und zusätzlich **Folgeseite** ausfüllen). Stundenanzahl Beschäftigung (wöchentlich)   
 Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung oder eines vergleichbaren Trägers im Ausland (bitte **Rentenbescheid** mitsenden).  
 Ich erhalte 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**  vom  bis zum

Ich habe dort einen Wahltarif gewählt.

### Familienversicherung

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

Datum  Unterschrift

Name, Vorname

Geburtsdatum

Grid for name input

TTMMJJJJ grid for birth date

Ich bin

Form with checkboxes for categories: Beamter/Beamtin, Pensionär/in, Hausfrau/Hausmann, Sozialhilfeempfänger/in, Schüler/in, Student/in, Rentner/in, and an option for 'Rente wurde beantragt' with a date grid.

Form with checkboxes for 'selbstständig als' and 'Existenzgründer/in mit Gründungszuschuss'.

Weitere Angaben zur selbstständigen Tätigkeit

Form with input fields for 'Anzahl wöchentliche Arbeitsstunden', 'Anzahl Beschäftigte', 'davon geringfügig Beschäftigte', and a checkbox for 'Ich übe die Tätigkeit hauptberuflich aus.' Includes a note about sending insurance information.

Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Form with checkboxes for 'Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.837,50 Euro' and 'Mein Ehegatte ist nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert'. Includes a field for 'Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder'.

Table with 4 columns: 'Angaben zu Ihren Einnahmen', 'monatlich Euro', 'jährlich Euro', and 'bitte folgende Nachweise in Kopie mitsenden'. Rows include categories like 'Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit', 'Lohn/Gehalt', 'Rente(n)', 'Brutto-Versorgungsbezüge', 'Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung', 'Zinsen und sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen', 'Abfindung', 'Sozialhilfe/Grundsicherung', and 'Sonstige Einnahmen'.

Form with a checkbox and text: 'Meine Einnahmen liegen unter 1.096,67 Euro monatlich. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch'.

Diese Angaben brauchen wir nur bei einem Antrag für Minderjährige

Grid for additional information for minors.

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

Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung

Form with a checkbox and text: 'Ich habe Kinder'.

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.

TTMMJJJJ grid for date

Datum

# Wechselmitteilung an Arbeitgeber

**An:**

**Absender:**

Arbeitgeber

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

PLZ Ort

## **Meine Personalnummer: Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

versichert sein.

Nach Bestätigung durch die neue Krankenkasse werde ich Ihnen das genaue Wechseldatum mitteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift