Your application forms.

Becoming a member is *simple*.

It’s quicker than you think.

mhplus Krankenkasse.

Join mhplus in a few short steps.

If you have any questions, call us!
+49 (0)7141 9790-1000

Simply submit an *application* to us.

This booklet contains all the forms you need.
Just take 15 minutes. That's all you need.
And your membership is almost complete.

Or apply online:

mhplus

Membership declaration (Mitgliedschaftserklärung)

mhplus completes this section: Broker number / last name, first name of employee **Das füllt die mhplus aus:** Vermittlernummer / Name, Vorname Mitarbeiter

As of (Ich möchte ab dem) D D M M Y Y Y Y I would like to become a ☐ compulsory member (Pflichtmitglied) ☐ voluntary member of mhplus. (freiwilliges Mitglied der mhplus werden.) (Vermittlernummer)

My details (Meine Daten)

Last name (Name) | First name (Vorname)

Street (Straße) | House number (Hausnummer)

Postcode (PLZ) | Town/city (Ort)

Nationality (Nationalität) | Federal state (Bundesland)

Telephone (optional) (Telefon) (freiwillige Angabe) | Email (E-Mail) (optional) ((freiwillige Angabe))

Marital status (Familienstand)

Gender (Geschlecht) ☐ female (f) (weiblich (w)) ☐ male (m) (männlich (m)) ☐ diverse (d) (divers (d)) ☐ non-binary (x) (unbestimmt (x))

Social insurance number (Sozialversicherungsnummer)

I do not have a social insurance number yet. Please apply for one for me using the following details: (Ich habe noch keine Sozialversicherungsnummer. Bitte beantragen Sie diese für mich mit den folgenden Angaben:)

Date of birth (Geburtsdatum) D D M M Y Y Y Y | Name at birth (Geburtsname)

Place of birth (Geburtsort) | Country of birth (Geburtsland)

My tax ID (Meine Steuer-ID) (You can find this on your tax statement.) ((Diese steht auf Ihrem Steuerbescheid.))

Reason for becoming a member (Anlass der Mitgliedschaft)

☐ My insurance relationship has changed. (Mein Versicherungsverhältnis hat sich geändert.) (e.g. change of employer) ((z. B. Wechsel des Arbeitgebers))

☐ My insurance relationship has not changed for over 12 months. (switching provider in case of unchanged insurance relationship) (Mein Versicherungsverhältnis ist seit mehr als 12 Monaten unverändert. (Kassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis))

☐ My previous provider increased the additional premium rate. (Meine bisherige Kasse hat den Zusatzbeitragssatz erhöht.)

☐ I am obtaining insurance with a statutory health insurance provider for the first time. (Ich versichere mich zum ersten Mal bei einer gesetzlichen Krankenkasse.)

☐ I am taking up employment in Germany for the first time. (Ich nehme erstmals eine Beschäftigung in Deutschland auf.)

☐ Other (Sonstiges:)

I (Ich) ☐ work (arbeite) ☐ am completing an apprenticeship/training (mache eine Ausbildung) ☐ am completing a dual-study programme (please provide **enrolment certificate**) (studiere dual (bitte **Studienbescheinigung** mitsenden)) ☐ am a working student (bin Werkstudent)

☐ I am employed and voluntarily insured. My annual salary is over 69,300.00 euro. (Ich bin angestellt und freiwillig versichert. Mein Jahresgehalt liegt über 69.300,00 Euro.)

☐ My employer is paying the contributions to voluntary health and long-term care insurance. (Mein Arbeitgeber führt die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung ab.)

☐ I will pay the contributions to voluntary health and long-term care insurance to mhplus myself. (Ich zahle die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung selber an die mhplus.)

Information required to calculate the long-term care insurance contribution: (Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung: ☐ I have children (please provide **proof**). (Ich habe Kinder (bitte **Nachweis** mitsenden).)

☐ I am receiving unemployment benefit/citizen's income (please provide **notice**). (Ich erhalte Arbeitslosengeld (bitte **Bescheid** mitsenden)) I have applied for ☐ unemployment benefit (Ich habe Arbeitslosengeld) ☐ citizen's income. (Arbeitslosengeld II beantragt.)

Note: Other groups of people – please complete the following page (**Hinweis:** Weitere Personengruppen - bitte Folgeseite ausfüllen)

Employer details (Please request company number from employer – it is always eight digits.) (Angaben zum Arbeitgeber (Betriebsnummer bitte beim Arbeitgeber erfragen – immer 8-stellig.))

Company name (Firmenname) | Telephone (Telefon)

Address (Adresse)

Company number (Betriebsnummer) | employed since (beschäftigt seit) D D M M Y Y Y Y

Other details (please select as applicable) (Sonstige Angaben (bitte zutreffendes ankreuzen))

☐ I also perform self-employed work (please complete **following page**). (Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus (bitte **Folgeseite** ausfüllen).)

☐ I am studying alongside employment (please provide **enrolment certificate** and complete **following page**). (Ich studiere neben meiner Beschäftigung (bitte **Studienbescheinigung** mitsenden und zusätzlich **Folgeseite** ausfüllen).) Number of hours of employment (weekly) (Stundenanzahl Beschäftigung (wöchentlich))

☐ I am drawing a pension from the German statutory pension insurance scheme or a similar scheme abroad (please provide **pension notice**). (Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung oder eines vergleichbaren Trägers im Ausland (bitte **Rentenbescheid** mitsenden).)

☐ I am receiving pension benefits, e.g. retirement pension, company or supplementary pension (please provide **notice** from provider). (Ich erhalte Versorgungsbezüge, z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten (bitte **Bescheid** der Versorgungsstelle mitsenden).)

☐ I was exempted from compulsory health insurance on request (please provide copy of **notice**). (Ich wurde auf Antrag von der Krankenversicherungspflicht befreit (bitte Kopie des **Bescheides** mitsenden).)

☐ I am receiving statutory long-term care insurance benefits. (Ich erhalte Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.)

Details of previous health insurance (Angaben zur bisherigen Krankenversicherung)

I was previously insured (Ich war bisher) ☐ under the compulsory insurance scheme (pflichtversichert) ☐ voluntarily (freiwillig versichert) ☐ under a family policy (familienversichert) ☐ privately (privat versichert) ☐ abroad (im Ausland versichert)

Name of **previous health insurance provider** (Name der **bisherigen Krankenkasse**) | from (vom) D D M M Y Y Y Y to (bis zum) D D M M Y Y Y Y

☐ I had a selectable tariff with that provider. (Ich habe dort einen Wahltarif gewählt.)

Family insurance (Familienversicherung)

I would like to also insure my family members free of charge. (Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern.) ☐ Please send me an application form. (Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.) ☐ The application is enclosed. (Der Antrag liegt bei.)

Date (Datum) D D M M Y Y Y Y | Signature (Unterschrift)

01/2024

Data protection notice: We collect and process your data in accordance with the statutory provisions. We need the data to execute your insurance contract in accordance with Section 5 et seq. of the Fifth Book of the German Social Code (Sozialgesetzbuch, SGB) and to calculate your contributions in accordance with Section 226 et seq. SGB V and Section 57 SGB XI. Further information on data protection and your rights can be found at: www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz. (Hinweis zum Datenschutz: Wir erheben und verarbeiten Deine Daten auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen. Die Daten brauchen wir für die Durchführung Deines Versicherungsverhältnisses nach §§ 5 ff. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) und um Deine Beiträge zu berechnen nach §§ 226 ff. SGB V, 57 SGB XI. Informationen zum Datenschutz und zu Deinen Rechten erhältst Du unter: www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz.)

Last name, first name (Name, Vorname)

Date of birth (Geburtsdatum) D D M M Y Y Y Y

I (Ich bin)

- ☐ have a permanent position (bin verbeamtet)
- ☐ am retired (bin in Pension)
- ☐ run the household (führe den Haushalt)
- ☐ am receiving welfare benefits (bekomme Sozialhilfe)
- ☐ go to school (please provide **enrolment certificate**) (gehe zur Schule (bitte **Schulbescheinigung** mitsenden))
- ☐ am a student (please provide **enrolment certificate**) (studiere (bitte **Studienbescheinigung** mitsenden))
- ☐ am on a pension (please provide **pension notice**) (bin in Rente) (bitte **Rentenbescheid** mitsenden))
- ☐ applied for a pension on (habe eine Rente beantragt am) D D M M Y Y Y Y

- ☐ am self-employed as (bin selbstständig als)
- ☐ founded my own business with a start-up subsidy (please provide **notice**) (bin Existenzgründer mit Gründungszuschuss (bitte **Bescheid** mitsenden))

Further information on self-employment
(Weitere Angaben zur selbstständigen Tätigkeit:)

- ☐ Number of weekly working hours (Anzahl wöchentliche Arbeitsstunden:)
- ☐ Number of employees (Anzahl Beschäftigte:) of which in marginal employment (davon geringfügig Beschäftigte:)
- ☐ This activity is my main occupation. (Ich übe die Tätigkeit hauptberuflich aus.)
- ☐ Please send me information on insurance cover with sickness benefits from the start of the seventh week (only for individuals who are self-employed as their main occupation). (Bitte senden Sie mir Informationen zur Versicherung mit Krankengeld ab Beginn der 7. Woche (nur für hauptberuflich selbstständig Tätige).)

Information on income (Angaben zu den Einkommensverhältnissen)

- ☐ My monthly gross income is over 5,175.00 euro (62,100.00 euro annually). (Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 5.175,00 Euro (jährlich 62.100,00 Euro).)
- ☐ My spouse is **not** insured under statutory health insurance (please provide **proof of income**) (Mein Ehepartner ist **nicht** in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (bitte **Einkommensnachweise** mitsenden).)

Number of dependent children (without own income): (Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder (ohne eigene Einnahmen):) of which joint children (davon gemeinsame Kinder)

My income (Angaben zu meinen Einnahmen)	**Euro monthly (monatlich Euro)**	**Euro annually (jährlich Euro)**	**Please provide copy of following documents (bitte folgende Nachweise in Kopie mitsenden)**
Income from self-employment **(Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit)**			Latest income tax assessment (complete) and business registration (letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig) und Gewerbeanmeldung)
Salary/wage from employment (**Lohn/Gehalt** aus einer Beschäftigung)			Latest payslip (letzte Gehaltsabrechnung)
Monthly gross pay (Monatliches Bruttoentgelt)			
One-off payments over last 12 months (Einmalzahlungen der letzten 12 Monate)			Evidence of one-off payment (Nachweis über die Einmalzahlung)
Other non-cash benefits (e.g. company car) (Sonstiger geldwerter Vorteil (z. B. Dienstwagen)			Evidence of non-cash benefit (Nachweis über den geldwerten Vorteil)
Pension(s) e.g. old-age, surviving dependants' and accident pensions, foreign pensions **(Rente(n))** (z. B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten) Type (Art)			Latest pension notice (aktueller Rentenbescheid)
Type (Art)			Latest pension notice (aktueller Rentenbescheid)
Gross pension benefits e.g. retirement pension, company and supplementary pensions **(Brutto-Versorgungsbezüge)** (z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten) Type (Art)			Latest pension notice (aktueller Rentenbescheid)
Type (Art)			Latest pension notice (aktueller Rentenbescheid)
One-off payments			Evidence of one-off payment (Nachweis über die Einmalzahlung)
Income from rent and leasing **(Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung)**			Latest income tax assessment (complete) (letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig))
Interest and other income from capital **(Zinsen und sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen)**			Latest income tax assessment (complete) (letzter Einkommensteuerbescheid (vollständig))
Severance pay (Abfindung)			Termination agreement (Vertrag über die Abfindung)
Welfare benefits/basic security benefits (Sozialhilfe/Grundsicherung)			Welfare benefits notice (Sozialhilfebescheid)
Other income – Type **(Sonstige Einnahmen** – Art)			Evidence of income (Nachweis über die Einnahmen)

- ☐ My monthly income is below 1,178.33 euro. My subsistence is ensured by (Meine Einnahmen liegen unter 1.178,33 Euro monatlich. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch)

This information is only required for applications for minors
(Diese Angaben brauchen wir nur bei einem Antrag für Minderjährige)

First name, last name, date of birth of legal representative and address if different
(Vorname, Name, Geburtsdatum des gesetzlich Vertretenden und eventuell abweichende Adresse)

Information required to calculate the long-term care insurance contribution (Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung)

- ☐ I have (Ich habe) ☐ children (please provide **proof**, e.g. birth certificate or certificate of parentage). (Kinder (bitte **Nachweis**, z. B. Geburtsurkunde oder Abstammungsurkunde mitsenden).)

I confirm that all the information I have provided is true and correct. I will notify you immediately in the event of any changes in the future, and will provide appropriate evidence to support this information (e.g. income tax assessment).
I understand that if the information I provide is incomplete or incorrect, the contribution will be recalculated accordingly.
(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.)

D D M M Y Y Y Y

Date (Datum) Signature (Unterschrift)

Note: My consent enables mhplus to provide the best-possible service. I am providing this information voluntarily.
(Hinweis: Durch meine Einwilligungserklärung kann die mhplus mir den bestmöglichen Service bieten. Meine Angaben sind freiwillig.)

mhplus

Declaration of consent (Einwilligungserklärung)

To be completed by mhplus: Last name, first name of employee
(Nur durch die mhplus zu befüllen: Name, Vorname Mitarbeiter)

My consent to the use of my data (Meine Einwilligung zur Nutzung meiner Daten)

My details
(Meine Angaben)

☐ I am already an mhplus member.
(Ich bin bereits Mitglied der mhplus Krankenkasse.)

☐ I am not yet an mhplus member. This consent continues to apply in the event that I become a member.
(Ich bin noch kein Mitglied der mhplus. Die Einwilligung gilt bei einer Mitgliedschaft weiter.)

Last name (Name)

First name (Vorname)

Date of birth (Geburtsdatum) D D M M Y Y Y Y

Street, house number (Straße, Nr.)

Postcode (PLZ)

Town/city (Ort)

Telephone (Telefon)

Mobile phone (Handynummer)

Email (E-Mail)

Consent to being contacted by mhplus
(Einwilligung zur Kontaktaufnahme der mhplus)

I consent to the following:
(Ich bin mit Folgendem einverstanden:)

☐ mhplus may (Die mhplus kann mich informieren und beraten)
+ inform and advise me about my insurance cover and (zu meinem Versicherungsschutz und)
+ inform and advise me about new benefits and (zu neuen Leistungen und)
+ invite me to complete a survey on service quality in order to improve the service. mhplus may commission a service provider to do this.
(zur Servicequalität befragen, um den Service zu verbessern. Dazu kann die mhplus einen Dienstleister beauftragen.)

mhplus may contact me in the following ways:
(Folgende Kontaktwege darf die mhplus nutzen:)

telephone: (per Telefon:)	☐ Yes (Ja)	☐ No (Nein)
email: (per E-Mail:)	☐ Yes (Ja)	☐ No (Nein)
SMS: (per SMS:)	☐ Yes (Ja)	☐ No (Nein)

Note:
(Hinweis:)

A declaration of consent can/should be provided from the age of 16
Ab Vollendung des 16. Lebensjahres kann/soll eine Einwilligungserklärung abgegeben werden)

The information sheet (see reverse) explains how mhplus uses the data.
(Im Infoblatt (siehe Rückseite) steht, wie die mhplus die Daten verwendet.)

D D M M Y Y Y Y
Date (Datum)

Signature (Unterschrift)

The protection of your data is very important to us. That is why we inform you about which data we process.

The purpose of your consent
mhplus informs you about your insurance coverage. You also receive information from us about new benefits and services. We also inform you about offers from our partner, the private health insurance company. In this way, you are able to benefit from attractive extras! These extras are tailored to your professional or private needs.

mhplus may also invite you to take part in a customer survey from time to time. This is because your opinion and experiences are important to us! They help us to optimise our service for you. mhplus may also commission a service provider to receive or request certain information from you. This includes information about quality, services and insurance policies.

Which data is processed by mhplus?
mhplus only processes data that is specified as part of your consent to the processing of your data.

Is the data passed on to third parties?
When we commission a legitimate service provider, we only pass on the data that is specified as part of your consent to the processing of your data. This means that the service can be provided.

How long is the data stored?
The data from your consent to the processing of your data is stored for as long as you are insured with us or until you withdraw your consent. In the event that we pass on your data to a service provider for the purpose of carrying out an assignment, the service provider is permitted to store the data until the assignment has been completed. As soon as the assignment is complete, the service provider must delete the relevant data. mhplus receives written confirmation of this from the service provider.

Where can you withdraw your consent?
Simply send us an email at info@mhplus.de. Or call us: +49 (0)7141 9790-0. Important: Use the keyword “declaration of consent”. You can withdraw your consent immediately at any time with effect for the future, or you can withdraw certain aspects of your consent.

Legal basis for processing of data
The data is processed based on consent provided by the data subject in accordance with Article 6(1)(a) General Data Protection Regulation (GDPR).

You can find further information about data protection and our Data Protection Officer at: www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz

Always here for your family.

Simply. More. You.

Whatever it is that drives you in life. We take care of you, so that you can take care of your family. Whether you want to claim benefits or have questions you need answers to. We are here and will make it easy for you. For your health and for peace of mind.

mhplus

Details for inclusion in family insurance (Angaben zur Aufnahme in die Familienversicherung)

A. Member details (main policy holder) (Angaben Mitglied (Hauptversicherter))

Last name, first name
(Name, Vorname)

Insurance policy number
(This can be found on your mhplus health card.)
(Versicherungsnummer (Diese steht auf Ihrer mhplus-Gesundheitskarte.))

I was previously*
(Ich war bisher*)

- ☐ insured as a member (als Mitglied versichert)
- ☐ covered under family insurance with (familienversichert bei) — Name of health insurance provider (Name der Krankenkasse)
- ☐ not insured under statutory health insurance (nicht gesetzlich versichert)

Marital status (Familienstand)

- ☐ single (ledig)
- ☐ married* (verheiratet*)
- ☐ living separately* (getrennt lebend*)
- ☐ divorced since (geschieden seit) D D M M Y Y Y Y
- ☐ widowed (verwitwet)
- ☐ registered partnership in accordance with German Civil Partnership Act (LPartG)* (eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG*)

*) Please provide further details under "Spouse" column.
(*) Bitte machen Sie weitere Angaben in der Spalte „Ehepartner/in".)

Reason for family insurance (Anlass für die Familienversicherung)

- ☐ Start of my membership **(Beginn meiner Mitgliedschaft)**
- ☐ Birth of child **(Geburt des Kindes)**
- ☐ Move from abroad **(Zuzug aus dem Ausland)**
- ☐ End of my family member's own membership **(Ende der eigenen Mitgliedschaft meines Angehörigen)**
- ☐ Marriage **(Heirat)**
- ☐ Other **(Sonstiges)**

Contact(Kontakt)

My telephone number (optional)
(Meine Telefonnummer (freiwillige Angabe))

My email address (optional)
(Meine E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe))

B. Details of family members (B. Angaben zu Familienangehörigen)

The following information is generally only required for family members who are to be covered with us under family insurance. However, we do still need certain information about your spouse/life partner even if the family insurance is only intended to cover your children if your spouse/life partner is related to these children. In this case, in addition to the general information, we also need information on your spouse/life partner's insurance and – if they are not covered by statutory insurance – the details of their income; supporting documentation must be provided as proof of this income; allowances that are paid in relation to the family status are not taken into account in the income. (Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehe-/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartners und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.)

Please note that it is illegal to have family insurance cover with more than one health insurance provider simultaneously. When completing this form, please therefore make sure that you are not taking out duplicate family cover. (Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.)

General information on family members (Allgemeine Angaben zu den Familienangehörigen)

	Spouse (Ehepartner)	Child (Kind)	Child (Kind)	Child (Kind)
Start of family insurance (Beginn der Familienversicherung)	D D M M Y Y Y Y	D D M M Y Y Y Y	D D M M Y Y Y Y	D D M M Y Y Y Y
Last name** (Name**)				
First name (Vorname)				
Date of birth (Geburtsdatum)	D D M M Y Y Y Y	D D M M Y Y Y Y	D D M M Y Y Y Y	D D M M Y Y Y Y
Gender (Geschlecht) male (m), female (f), diverse (d), non-binary (x) (männlich (m), weiblich (w),) (divers (d), unbestimmt (x))	☐ (m)(m) ☐ (f)(w) ☐ (d)(d) ☐ (x)(x)	☐ (m)(m) ☐ (f)(w) ☐ (d)(d) ☐ (x)(x)	☐ (m)(m) ☐ (f)(w) ☐ (d)(d) ☐ (x)(x)	☐ (m)(m) ☐ (f)(w) ☐ (d)(d) ☐ (x)(x)
Address if different from member's address (ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift)				
Member's relationship to child (Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglieds zum Kind)		☐ Biological child/ adopted child (leibliches Kind/Adoptivkind) ☐ Stepchild (Stiefkind) ☐ Grandchild (Enkelkind) ☐ Foster child (Pflegekind)	☐ Biological child/ adopted child (leibliches Kind/Adoptivkind) ☐ Stepchild (Stiefkind) ☐ Grandchild (Enkelkind) ☐ Foster child (Pflegekind)	☐ Biological child/ adopted child (leibliches Kind/Adoptivkind) ☐ Stepchild (Stiefkind) ☐ Grandchild (Enkelkind) ☐ Foster child (Pflegekind)
Is your spouse/life partner related to the child? (Ist Ihr Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt?)		☐ No(Nein) ☐ Yes (Ja)	☐ No(Nein) ☐ Yes (Ja)	☐ No(Nein) ☐ Yes (Ja)

**) If the member and their family member do not share the same name, suitable documents must be provided on a one-off basis as evidence of the personal relationship (e.g. marriage certificate, partnership certificate, birth certificate) or – if these are not available – other suitable documents (e.g. child benefit notice).
(**) Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.)

Last name, first name (Name, Vorname)

Insurance policy number (Versicherungsnummer)

	Spouse (Ehepartner)	Child (Kind)	Child (Kind)	Child (Kind)
First name (Vorname)				

Details of family members' previous or existing insurance **(Angaben zur bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen)**

The previous insurance policy **(Die bisherige Versicherung)**				
• is still in place (besteht weiter)	☐ No (Nein) ☐ Yes (Ja)			
• ended on (endete am)	D D M M Y Y Y Y	D D M M Y Y Y Y	D D M M Y Y Y Y	D D M M Y Y Y Y
• with (bei) (Name of health insurance provider/ company) ((Name der Krankenkasse / Krankenversicherung))				
• Type of insurance Membership (1), Family insurance* (2), Not covered under statutory insurance (3) (please select as applicable) (Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3)) ((bitte ankreuzen))	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
Had family insurance before? Then please provide the first and last name of the person via which the family members were previously insured. (Bestand zuletzt eine Familienversicherung?) (Dann geben Sie bitte den Namen und Vornamen der Person an, über die bisher die Angehörigen versichert waren.)	(First name)((Vorname)) (Last name)((Name))	(First name)((Vorname)) (Last name)((Name))	(First name)((Vorname)) (Last name)((Name))	(First name)((Vorname)) (Last name)((Name))

*) **Important:** Family insurance cover can only be taken out with one health insurance provider. (*) **Wichtig für Dich:** Die Familienversicherung kann nur bei einer Krankenkasse durchgeführt werden.)

Details of family members' income (Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen)

Self-employed since **(Selbstständige Tätigkeit** seit)	D D M M Y Y Y Y	D D M M Y Y Y Y	D D M M Y Y Y Y	D D M M Y Y Y Y
monthly profit from self-employment (monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit)	euro (Euro)	euro (Euro)	euro (Euro)	euro (Euro)
Please provide a copy of the latest income tax assessment. (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.)				
Monthly gross salary from **employment** (Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus einer **Beschäftigung)**	euro (Euro)	euro (Euro)	euro (Euro)	euro (Euro)
Redundancy payment (e.g. severance) (Entlassungsentschädigung (z. B. Abfindung))	euro (Euro)	euro (Euro)	euro (Euro)	euro (Euro)
Monthly gross salary from **mini job** (Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus **Minijob**)	euro (Euro)	euro (Euro)	euro (Euro)	euro (Euro)
Statutory pension, pension benefits, company pension, foreign pension, other pensions **(Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten)** Monthly payment amount (Monatlicher Zahlbetrag)	euro (Euro)	euro (Euro)	euro (Euro)	euro (Euro)
Other regular monthly income in accordance with the German Income Tax Act (Einkommensteuerrecht) (e.g. income from rent and leasing, income from capital) (**Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts** (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) Type of income (Art der Einkünfte)	euro (Euro)	euro (Euro)	euro (Euro)	euro (Euro)
Please provide a copy of the latest income tax assessment. (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.)				
Unemployment benefit/citizen's income since **(Arbeitslosengeld / Bürgergeld** seit)	D D M M Y Y Y Y	D D M M Y Y Y Y	D D M M Y Y Y Y	D D M M Y Y Y Y

Last name, first name
(Name, Vorname)

Insurance policy number
(Versicherungsnummer)

	Spouse (Ehepartner)	Child (Kind)	Child (Kind)	Child (Kind)
First name (Vorname)				

Further information on family members (Weitere Angaben zu Familienangehörigen)

School/university (For children aged 23 and above, please provide enrolment certificate.) **(Schul- oder Studienzeit)** ((Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.))		D D M M Y Y Y Y from (von) D D M M Y Y Y Y to (bis)	D D M M Y Y Y Y from (von) D D M M Y Y Y Y to (bis)	D D M M Y Y Y Y from (von) D D M M Y Y Y Y to (bis)
Military service or statutory voluntary service (Please provide certificate of service.) **(Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst)** ((Bitte Dienstzeitbescheinigung mitsenden.))		D D M M Y Y Y Y from (von) D D M M Y Y Y Y to (bis)	D D M M Y Y Y Y from (von) D D M M Y Y Y Y to (bis)	D D M M Y Y Y Y from (von) D D M M Y Y Y Y to (bis)

Details required to assign a health insurance number to relatives covered by family insurance
(Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige)

Pension insurance number (Rentenversicherungsnummer)				

The following information is required only if a pension insurance number has not yet been provided.
(Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.)

Name at birth (Geburtsname)				
Place of birth (Geburtsort)				
Country of birth (Geburtsland)				
Nationality (Staatsangehörigkeit)				

I confirm that the information provided is correct. I will notify you immediately in the event of any changes. This applies in particular if the income of my family members mentioned above changes (e.g. new income tax assessment for self-employment) or if the above-mentioned family members become members of a(nother) health insurance provider.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

D D M M Y Y Y Y
Date
(Datum)

Member's signature
(Unterschrift des Mitglieds)
(By signing, I confirm that I have obtained the consent of the family members to provide the required information.)
(Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.)

Signature of family member(s)
(Unterschrift des/der Familienangehörigen)
For those living separately, the signature of the family member(s) is sufficient.
Bei getrennt Lebenden reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.

In order for us to assess the family insurance application, we need your cooperation in accordance with Section 10(6) and Section 289 SGB V. We need the relevant information to determine whether we can co-insure your relatives free of charge (Sections 10 and 284 SGB V, Section 7 of the German Farmers' Health Insurance Act [KVLG 1989], Section 25 SGB XI). We will use your contact details only for the purposes of asking questions about your insurance. Further information on the processing of data and your rights can be found at: www.mhplus.de/datenschutz.
Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Dein Mitwirken nach §§ 10 Absatz 6, 289 SGB V notwendig. Wir brauchen die Daten, damit wir prüfen können, ob wir Deine Angehörigen kostenfrei mitversichern können (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI). Deine Angaben zu Kontaktdaten verwenden wir nur für Fragen zu Deinem Versicherungsverhältnis. Mehr Informationen zum Verarbeiten von Daten und zu Deinen Rechten erhälst Du unter: www.mhplus.de/datenschutz.

To be presented to the relevant notifying bodies, such as your employer or employment agency

Please hand over to the relevant place in a timely manner.

First name, last name

Street, house number

Postcode, town/city

Date of birth

Information regarding my new health insurance provider

I have selected mhplus Betriebskrankenkasse as my future health insurance provider.

Proposed change to health insurance provider on: _____

Information about mhplus: mhplus Betriebskrankenkasse, 71632 Ludwigsburg, Germany

General contribution rate	14.6%
Additional contribution	1.58%
Company number	63494759
Bank details	Commerzbank Ludwigsburg, IBAN DE29 6048 0008 0500 9005 00, BIC DRESDEFF604 KSK Ludwigsburg, IBAN DE19 6045 0050 0000 0772 08, BIC SOLADES1LBG

Please add this statement to your records and register me for mhplus.

If changing my health insurance provider is not possible on the proposed start date, then I will inform you accordingly.

Best regards,

Place, date, signature

Always here for you +49 (0)7141 9790-0, Mon. – Fri. 7am–8pm / Sat. 10am–1pm info@mhplus.de

facebook.com/mhplus instagram.com/deine_mhplus

mhplus Service app Offices: Franckstraße 8, 71636 Ludwigsburg or www.mhplus.de

The brochure provides an overview of the benefits; all information is correct at the time of printing: 02/2024. Please note: The law and the Articles of Association are subject to change; the current versions always apply.