

Başvuru formlarınız.

**Üye olmak
çok kolay.**

Sandığınızdan daha hızlı gerçekleşiyor.

mhplus
Krankenkasse.

Herhangi bir
sorunuz varsa:
Bizi arayın!
07141 9790-1000

Neden bize *bir teklif* *sunmuyorsunuz.*

Bu kitapçıkta ihtiyacınız olan tüm formları bulacaksınız. Onbeş dakikanızı ayırın. İhtiyacınız olan tek şey bu. Üyelığınız neredeyse tamamlandı.

Ya da bunu çevrimiçi olarak yapın:



Bu, mhplus'ı dolduruyor: Aracı numarası / Adı, çalışan adı

Zorunlu üye olduktan		Sonra		mhplus'a gönüllü üye olmak istiyorum.		Ara numara	
Verilerim							
Soyadı				Adı			
Sokak				Ev numarası			
Posta kodu		Konum					
milliyet		Federal Devlet					
telefon (gönüllü) (Bilgi)		e-posta				(isteğe bağlı bilgi)	
Medeni durum				Cinsiyet	kadın (f)	erkek (m)	çeşitli (d)
							belirsiz (x)
Sosyal güvenlik numarası							
Henüz sosyal güvenlik numaram yok. Lütfen aşağıdaki bilgileri kullanarak benim adıma başvuru yapın:							
Doğum tarihi		Doğum adı					
Doğum yeri		Doğum ülkesi					
Vergi kimlik numaram							
(Bu, vergi beyannamenizde belirtilmiştir.)							
Üyelik nedeni							
Sigorta durumum değişti. (Örn., işveren değişikliği) (Sigorta statüsünde değişiklik olmaksızın sağlık sigortası sağlayıcısının değişmesi)				Sigorta durumum 12 aydan uzun süredir değişmedi.			
Önceki sağlık sigorta şirketim ek prim oranını artırdı.				Devlet destekli bir sağlık sigorta şirketinden ilk defa sağlık sigortası yaptırıyorum.			
Almanya'da ilk kez işe başlıyorum.				Çeşitli			
BEN							
iş		Çıraklık yapıyorum.		Çift anadal eğitimi alıyorum (lütfen kayıt belgesini gönderin)		Ben çalışan bir öğrenciyim.	
Çalışıyorum ve gönüllü olarak sigortalıyım. Yıllık maaşım 77.400,00 Euro'nun üzerinde .							
İşverenim, isteğe bağlı sağlık ve uzun süreli bakım sigortası primlerini ödüyor.							
Gönüllü sağlık ve uzun dönemli bakım sigortası primlerini mhplus'a kendim ödüyorum.							
Uzun süreli bakım sigortasına yapılacak katkı payının nasıl hesaplanacağına dair bilgi:							
Çocuklarım var (lütfen kanıt gönderin) .							
İşsizlik/vatandaşlık ödeneği alıyorum (lütfen ödeme belgesini gönderin) . İşsizlik ödeneği veya vatandaşlık maaşı için başvuruda bulundum.							
Duyuru: Diğer kişi grupları – lütfen aşağıdaki sayfayı doldurun.							
İşveren bilgileri (lütfen şirket numarasını işvereninizden isteyin – her zaman 8 rakamdan oluşur).							
Firma Adı				telefon			
adres							
Şirket numarası				istihdam edildiği tarihten beri			
Diğer bilgiler (lütfen uygun olanı işaretleyin)							
Ayrıca serbest meslek faaliyetim de var (lütfen aşağıdaki sayfayı doldurun).							
İşimin yanı sıra öğrenim görüyorum (lütfen kayıt belgenizi gönderin ve aşağıdaki sayfayı da doldurun).							
Haftalık çalışma saati sayısı							
Almanya Emeklilik Sigortası'ndan veya yurtdışındaki benzer bir kurumdan emekli maaşı alıyorum (lütfen emekli maaşı belgenizi gönderin).							
Emekli maaşı, şirket emekli maaşı ve ek emekli maaşı gibi çeşitli yardımlar alıyorum (lütfen emeklilik dairesinden gelen bildirimi gönderin).							
Başvurum üzerine zorunlu sağlık sigortasından muaf tutuldum (lütfen bildirim belgesinin bir kopyasını gönderin).							
Yasal uzun dönemli bakım sigortasından faydalaniyorum.							
Önceki sağlık sigortasına ilişkin bilgiler							
Daha önce ben		zorunlu sigorta		gönüllü olarak sigortalı		aile sigortası	
						özel sigortalı	
						yurtdışında sigortalı	
Önceki sağlık sigorta şirketinin				adı-den		değin	
Orada isteğe bağlı bir tarife seçtim.							
Aile sigortası							
Aile üyelerimi sigortama ücretsiz olarak dahil etmek istiyorum.				Lütfen bana bir başvuru formu gönderin.		Başvuru dosyası dahildir.	
Tarih				imza			

Adı, Soyadı

Doğum tarihi

BEN

bir devlet memuruyum.

Emekliyim

ev işlerini yönetmek

Sosyal yardım alıyorum.

Okula gidiyorum (lütfen okul belgemi gönderin)

Öğrenciyim (lütfen kayıt belgesini gönderin)

Emekliyim (lütfen emeklilik maaşı belgemizi ekleyiniz)

Emekli maaşı için başvuruda bulundum*

Ben serbest meslek sahibiyim.

Girişimciyim ve bir başlangıç hibesi aldım (lütfen bildirim gönderin)

Serbest meslek sahibi olma hakkında daha fazla bilgi

Haftalık çalışma saati sayısı

Çalışan sayısı bunlardan kısmen istihdam edilenler

Bu işi tam zamanlı olarak yapıyorum.

Lütfen bana 7. haftanın başından itibaren geçerli olan hastalık izni ödemeli sigorta hakkında bilgi gönderin (sadece ana mesleği serbest meslek sahibi olan kişiler için geçerlidir) .

Gelir düzeylerine ilişkin bilgiler

Aylık brüt gelirim 5.812,50 €'nun üzerinde (yıllık 69.750,00 €).

Eşim yasal sağlık sigortası kapsamında değildir (lütfen gelir belgesi gönderin) .

Bakmakla yükümlü olunan çocuk sayısı (kendi gelirleri hariç): Bunların arasında birlikte sahip oldukları çocuklar da var.

Gelirime dair bilgiler	aylık euro	yıllık euro	Lütfen aşağıdaki belgelerin kopyalarını gönderin.
Serbest meslekten elde edilen gelir			son gelir vergisi değerlendirmesi (tamamlanmış) ve işletme kaydı
İşverenden alınan ücret/maaş Aylık brüt maaş Son 12 aya ait tek seferlik ödemeler Diğer aynı yardımlar (örneğin şirket aracı)			son maaş bordrosu
			Tek seferlik ödemenin kanıtı
			Parasal faydanın kanıtı
Emekli maaşı(ları) Örneğin, yaşlılık, ölüm ve kaza aylığı, yabancı uyruklu kişilere verilen emeklilik maaşları.			
			mevcut emeklilik beyanı
Sanat			mevcut emeklilik beyanı
Brüt emeklilik ödemeleri Örneğin, emekli maaşları, şirket emekli maaşları ve ek emekli maaşları			
			mevcut emeklilik beyanı
			mevcut emeklilik beyanı
			Tek seferlik ödemenin kanıtı
Kira ve kiralama gelirleri			son gelir vergisi değerlendirmesi (tamamlandı)
Sermaye varlıklarından elde edilen faiz ve diğer gelirler			son gelir vergisi değerlendirmesi (tamamlandı)
Kıdem tazminatı			Kıdem tazminatı konusunda anlaşma
Sosyal yardım/temel gelir desteği			Sosyal yardım bildirimi
Diğer gelirler – Sanat			Gelir belgesi

Aylık gelirim 1.318,33 €'dan az. Geçimim güvence altında.

Bu bilgilere sadece reşit olmayanların başvuruları için ihtiyacımız var.

Hukuki temsil edilen kişinin adı, soyadı, doğum tarihi ve varsa farklı adresi.

Sağladığım tüm bilgilerin doğru olduğunu onaylıyorum. Gelecekteki tüm değişiklikler hakkında sizi kısa süre içinde bilgilendireceğim. Size gerekli belgeleri (örneğin, gelir vergisi beyannamesi) göndereceğim. Eksik veya yanlış bilgilerin katkı payının yeniden hesaplanmasına yol açacağına farkındayım.

Tarih

imza

01/2026

Sadece mhplus üzerinden doldurulabilir: Çalışanın adı, soyadı

Verilerimin kullanımına onayım

Kişisel bilgilerim

Zaten mhplus sağlık sigortasının üyesiyim.

Henüz mhplus üyesi değilim. Onay, üyelik süresince geçerliliğini korur.

Soyadı																								
Adı													Doğum tarihi											
Sokak No.																								
Posta Kodu	Şehir																							
telefon																								
Cep numarası																								
e-posta																								

mhplus tarafından iletişime geçilmesine onay veriyorum.

Aşağıdakileri kabul ediyorum:

- mhplus, sigorta kapsamım,
- + yeni hizmetler ve hizmet kalitesi hakkında beni bilgilendirebilir ve bana tavsiyelerde bulunabilir,
- + ayrıca hizmeti iyileştirmek için bana sorular sorabilir.
- + mhplus bu amaçla bir hizmet sağlayıcıyı görevlendirebilir.

mhplus'ın aşağıdaki iletişim yöntemlerini kullanmasına izin verilmektedir:

telefonla:	Evet	Hayır
E-posta yoluyla:	Evet	Hayır
SMS yoluyla:	Evet	Hayır

Duyuru:

Bağımsız rıza verme için yasal yaş sınırı 16'dır.
16 yaşından küçük çocuklar için ebeveyn veya veli izni gereklidir.

Bilgilendirme sayfası (arka sayfaya bakınız) mhplus'un verileri nasıl kullandığını açıklamaktadır.

Veri koruma.

Verilerinizin korunması bizim için çok önemlidir. Bu nedenle, hangi verileri işlediğimiz konusunda sizi bilgilendiriyoruz.

Onayınızın amacı

mhplus, sigorta kapsamınız hakkında bilgi sağlar. Size yeni hizmetler ve ürünler hakkında bilgi göndereceğiz. Ayrıca, ortaklarımız olan özel sağlık sigorta şirketlerinin sunduğu teklifler hakkında da sizi bilgilendireceğiz. Bu sayede cazip ek avantajlardan yararlanabilirsiniz! Bunlar, profesyonel veya özel ihtiyaçlarınıza özel olarak uyarlanmıştır.

mhplus ayrıca sizi bir müşteri anketine katılmaya davet edebilir. Çünkü sizin görüşleriniz ve deneyimleriniz bizim için önemli! Bu, size sunduğumuz hizmeti optimize etmemize yardımcı olur. Sizden belirli bilgileri almak veya talep etmek için, mhplus'tan bir hizmet sağlayıcı da görevlendirilebilir. Bu, kalite, hizmetler ve sigorta ile ilgili bilgileri içerir.

mhplus hangi verileri işliyor?

mhplus hesabınız yalnızca onayınızla verdiğiniz verileri işler.

Veriler üçüncü taraflarla paylaşılacak mı?

Meşru bir hizmet sağlayıcıyla çalıştığımızda, yalnızca onayınızda yer alan verileri iletiyoruz. Bu, hizmetin sağlanmasına olanak tanır.

Veriler ne kadar süreyle saklanacak?

Onayınızdan elde edilen veriler, sigortalı olduğunuz sürece veya onayınızı geri çektiğiniz sürece saklanacaktır. Siparişlerini yerine getirmek için bir hizmet sağlayıcıya gönderdiğimiz veriler, sipariş tamamlanana kadar onlar tarafından saklanabilir. Sipariş tamamlandıktan sonra, hizmet sağlayıcının verileri silmesi gerekir. mhplus, hizmet sağlayıcısından bununla ilgili yazılı teyit alacaktır.

Onayınızı nereden geri çekebilirsiniz?

info@mhplus.de adresine bir mesaj göndermeniz yeterli. Ya da bizi arayın: 07141 9790-0. Önemli: Anahtar sözcük olarak "onay beyanı" yazın. Onayınızı dilediğiniz zaman, hemen, geleceğe yönelik veya kısmen geri çekebilirsiniz.

Verilerin işlenmesinin yasal dayanağı

Veriler, Genel Veri Koruma Yönetmeliği'nin (GDPR) 6. maddesinin 1. fıkrasının 1a bendine uygun olarak, verilen onaylar temelinde işlenmektedir.

Veri koruma ve veri koruma görevlimiz hakkında daha fazla bilgiyi burada bulabilirsiniz:

www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz

Basitçe. **Daha fazla. Sen.**

Günlük hayatınızda ne yaparsanız yapın. Biz her
şeyle ilgileneceğiz, siz de ailenizle ilgilenebilirsiniz.
Hizmetlerimizden yararlanıyorsanız veya herhangi
bir sorunuz varsa. Sizin için işleri kolaylaştırmak için
buradayız. Sağlık ve iyi hissetmek için.

A. Üye bilgileri (asıl sigortalı kişi)

Adı Soyadı

Sigorta numarası

(Bu bilgi MHPlus sağlık kartınızda gösterilmektedir.)

Daha önce ben

üye olarak, sigortalı

aile sigortalı

Sağlık sigorta şirketinin adı

yasal sağlık sigortası kapsamında değildir

Medeni durum

Bekar

evli*

ayrı yaşamak*

boşandığından beri

dul

LPartG* uyarınca kayıtlı medeni birliktelik

*) Lütfen "Eş" sütununda daha ayrıntılı bilgi verin.

Aile sigortası yaptırma nedeni

Üyeliğimin başlangıcı

Çocuğun doğumu

yurtdışından gelen akın

Akrabamın üyeliğinin sona ermesi

evlilik

Çeşitli

temas etmek

Telefon numaram (isteğe bağlı)

E-posta adresim (isteğe bağlı)

B. Aile üyelerine ilişkin bilgiler

Aşağıdaki bilgiler genellikle yalnızca aile sigortamız kapsamında yer alacak aile üyeleri için gereklidir. Yukarıdakilerin aksine, eğer sadece çocuklarınız için aile sigortası yaptırmayı düşünüyorsanız ve eşiniz /partneriniz bu çocuklarla akrabalık ilişkisi içindeyse, eşiniz/partneriniz hakkında da bazı bilgilere ihtiyacımız var. Bu durumda, genel bilgilere ek olarak, eşin/partnerin sigorta bilgileri ve – yasal olarak sigortalı değilse – gelirlerine ilişkin ek bilgiler gereklidir; gelir, gelir belgesiyle kanıtlanmalıdır; evlilik durumu dikkate alınarak ödenen ek ödemeler gelir bilgisine dahil edilmez.

Aile üyeleri hakkında genel bilgiler

	Eş	Çocuk	Çocuk	Çocuk
Aile sigortasının başlangıcı				
İsim**				
**) Eğer aile üyesi ile aile üyesinin soyadı farklıysa, medeni durum ilişkisi uygun belgelerle (örneğin evlilik cüzdanı, medeni birliktelik belgesi, doğum belgesi) veya - bunların ibrazı mümkün değilse - diğer uygun belgelerle (örneğin çocuk yardımı bildirimi) bir kez kanıtlanmalıdır.				
Adı				
Doğum tarihi				
Cinsiyet erkek (m), kadın (f), çeşitli (d), belirsiz (x)	(m) (f) (d) (x)	(m) (f) (d) (x)	(m) (f) (d) (x)	(m) (f) (d) (x)
muhtemelen üye tarafından farklı adres				
Üyenin çocukla olan ilişkisi		biyolojik çocuk/evlat edinilmiş çocuk üvey çocuk torun koruyucu çocuk	biyolojik çocuk/evlat edinilmiş çocuk üvey çocuk torun koruyucu çocuk	biyolojik çocuk/evlat edinilmiş çocuk üvey çocuk torun koruyucu çocuk
Eşiniz/partneriniz çocukla akraba mı? (Lütfen sadece akrabalık ilişkisi yoksa doldurunuz.)		Hayır	Hayır	Hayır

Adı Soyadı

Sigorta numarası

	Eş	Çocuk	Çocuk	Çocuk
Adı				

Aile üyelerinin önceki sigorta bilgilerine ilişkin veriler

Önceki sigorta				
devam ediyor	Evet	Hayır		
sona erdi				
de (Sağlık sigorta şirketinin adı/ Sağlık sigortası)				
Sigorta türü Üyelik (1), Aile sigortası (2), yasal sigorta kapsamına girmeyen (3) (lütfen işaretleyin)				
O dönemde geçerli bir aile sigorta poliçesi var mıydı? Lütfen daha önce akrabalarınızın sigortalı olduğu kişinin adını ve soyadını belirtin.	(Adı) (Soyadı)	(Adı) (Soyadı)	(Adı) (Soyadı)	(Adı) (Soyadı)

Aile üyelerinin gelirine ilişkin bilgiler

Serbest meslek	Evet	Evet	Evet	Evet
serbest meslekten elde edilen aylık kar	euro	euro	euro	euro
Lütfen güncel gelir vergisi beyannamenizin bir kopyasını gönderin.				
İş gelirlerinden elde edilen aylık brüt kazançlar	euro	euro	euro	euro
İşten çıkarma tazminatı (örneğin kıdem tazminatı)	euro	euro	euro	euro
Yarı zamanlı istihdam (mini iş)	Evet	Evet	Evet	Evet
Yasal emeklilik, emeklilik maaşı, şirket emekliliği, yabancı emeklilik, diğer emeklilik türleri				
Aylık ödeme tutarı	euro	euro	euro	euro
Gelir vergisi kanunu kapsamındaki diğer düzenli gelirler (Örneğin, kira ve leasing gelirleri, sermaye varlıklarından elde edilen gelirler)	euro	euro	euro	euro
Gelir türü				
Lütfen güncel gelir vergisi beyannamenizin bir kopyasını gönderin.				
İşsizlik ödeneği / Vatandaşlık ödeneği (şu tarihten itibaren)				

Adı Soyadı

Sigorta numarası

	Eş	Çocuk	Çocuk	Çocuk
Adı				

Aile üyeleri hakkında daha fazla bilgi

Okula devam/Üniversite çalışmaları (Lütfen 23 yaş ve üzeri çocuklar için okul veya üniversite kayıt belgelerini ekleyiniz.)		Evet değın	Evet değın	Evet değın
Gönüllü askerlik hizmeti (Lütfen hizmet belgenizi ekleyin.)		Evet	Evet	Evet

Aile sigortası kapsamındaki aile üyeleri için sağlık sigorta numarasının tahsisine ilişkin bilgiler.

Emeklilik sigorta numarası				
----------------------------	--	--	--	--

Aşağıdaki bilgiler yalnızca emeklilik sigorta numarası henüz atanmamışsa gereklidir.

Doğum adı				
Doğum yeri				
Doğum ülkesi				
Milliyet				

Bilgilerin doğruluğunu teyit ediyorum. Herhangi bir değişiklik olursa sizi derhal bilgilendireceğim. Bu durum özellikle yukarıda bahsettiğim akrabalarımın gelirlerinde bir değişiklik olması halinde geçerlidir (örneğin, B. Serbest meslek sahibi olması durumunda yeni gelir vergisi değerlendirmesi) veya – aile sigortalı çocuklar söz konusu olduğunda – diğer ebeveynin artık yasal sağlık sigortasının üyesi olmaması. Ebeveynlerden diğerinin yasal sağlık sigortası kapsamında olmaması durumunda, ebeveynlerin evlilik durumunun da bildirilmesi gerekmektedir.

Tarih

Yer

Üyenin imzası

Bu belgeyi imzalayarak, gerekli verileri sağlamak için aile üyelerimin onayını aldığımı beyan ederim.

Aile üyesinin/üyelerinin imzası

Aynı yaşayan kişiler için aile üyesinin/üyelerinin imzası yeterlidir.

İlgili yetkili merciye (örneğin, işveren, iş bulma kurumu) iletilmek üzere.

**Lütfen
zamanında
oraya teslim
edin.**

Adı Soyadı

Sokak, ev numarası

Posta Kodu / Şehir

Doğum tarihi

Yeni sağlık sigorta şirketim hakkında bilgi

Gelecekteki sağlık sigortası sağlayıcım olarak mhplus şirketinin sağlık sigortasını seçtim.

Sağlık sigortası sağlayıcısında talep edilen değişiklik şu tarihten itibaren geçerli olacaktır:

İşte mhplus'ın kısa bilgileri: mhplus şirket sağlık sigorta fonu, 71632 Ludwigsburg

Şirket numarası 63494759
Banka bilgileri Commerzbank Ludwigsburg,
IBAN DE29 6048 0008 0500 9005 00,
BIC DRESDEFF604
KSK Ludwigsburg,
IBAN DE19 6045 0050 0000 0772 08,
BIC SOLADES1LBG



Lütfen bu sertifikayı kayıtlarınız için saklayın ve beni mhplus'a kaydedin.

Talep edilen başlangıç tarihinde sağlık sigortası sağlayıcısında değişiklik yapılması henüz mümkün değilse, sizi bu konuda bilgilendireceğim.

Saygılarımla

**Ana verilerimize
genel bakış**

♥ **Her zaman yanınızdayız** ☎ **07141 9790-0**
✉ **info@mhplus.de** f **facebook.com/mhplus**
📷 **instagram.com/deine_mhplus**
📱)) **mhplus servis uygulaması** 🔍 **www.mhplus.de**