



Antrag auf Erstattung von Beiträgen nach § 231 Abs. 1 und 2 SGB V

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Ich beantrage die Erstattung von Beiträgen für _____ bei der mhplus. Dazu bekommen Sie folgende Nachweise über meine Einnahmen:

- Bescheid gesetzliche Rente(n)
- Bescheid ausländische Rente(n)
- Bescheid Versorgungsbezüge
- alle **Lohn-/Gehaltsabrechnungen** von **Januar bis Dezember**
- Einkommensteuerbescheid (sofern Sie Arbeitseinkommen aus einer selbständigen Tätigkeit, z. B. auch Photovoltaikanlage, erzielen)

Bitte erstatten Sie ein mögliches Guthaben auf folgendes Konto:

Bank:

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber/in:

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie umgehend informieren.

- Hiermit bestätige ich, dass der Antrag elektronisch und ohne meine Unterschrift an die mhplus Krankenkasse übermittelt wurde.

Datum:

Hinweis zum Datenschutz: Ihre Daten erheben und verarbeiten wir auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen. Die Angaben brauchen wir, damit wir alles Notwendige für Sie in die Wege leiten. Mehr Infos zum Datenschutz erhalten Sie unter: <https://www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz>