



Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Um nun Mitglied in der **WMF BKK** zu werden, gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail (info@krankenkasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **WMF BKK** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **WMF BKK** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **WMF BKK** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **WMF BKK** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Beitrittserklärung



WMF BKK
Zentraler Posteingang
30645 Hannover

Vermittler-ID	VGP0001
Name	kranken Kassennetz.de GmbH

Ich möchte zum	<input type="text"/>	Mitglied der WMF BKK werden
-----------------------	----------------------	------------------------------------

Persönliche Angaben		
Name	Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Straße / Hausnummer		PLZ./ Wohnort
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Rentenversicherungsnummer
Geburtsname	Geburtsort	Geburtsland
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden		
Mitzuversichernde-Familienangehörige		<input type="checkbox"/> ja (Bitte Antrag zusenden) <input type="checkbox"/> nein

Versicherungsstatus zum gewünschten Mitgliedsbeginn			
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in	<input type="checkbox"/> Auszubildende/-r	<input type="checkbox"/> Bezug von Leistungen der Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> Bezug von Leistungen des Jobcenters (Bürgergeld)
Einkommen <input type="checkbox"/> über 73.800 € jährlich <input type="checkbox"/> Zwischen 556,01 € und 6.150 € monatlich		Beginn der Beschäftigung / Arbeitslosengeld / Bürgergeld	
Name des Arbeitgeber / Agentur für Arbeit / Jobcenter		Straße / Hausnummer	PLZ / Ort
<input type="checkbox"/> Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung seit dem: <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Schüler/-in (bitte Schulbescheinigung beifügen)		<input type="checkbox"/> Student/-in	
<input type="checkbox"/> Hauptberuflich selbständig		<input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>	

Bisherige Krankenversicherung (Krankenkasse)			
Name und Sitz der bisherigen Krankenkasse			
<input type="text"/>			
bisheriger Versicherungsstatus <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> Ausland			

Kommunikationsdaten und Einwilligung zur Datenspeicherung			
Bevorzugter Kommunikationsweg:		<input type="checkbox"/> Festnetz	<input type="checkbox"/> Handy <input type="checkbox"/> E-Mail
Nummer / Adresse		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Einwilligung zur Speicherung der Daten Ich stimme zu, dass meine angegebenen Kontaktdaten gespeichert und zur Kontaktaufnahme im Rahmen der Gesundheitsversorgung verwendet werden dürfen (§ 4a Abs. 4 S 1 Nr. 3 SGB V).			
<input type="checkbox"/> Einwilligung zu meinem persönlichen Wellness-Update Ich bin einverstanden, dass die Kontaktdaten für individuelle Werbeangebote und Versichertenbefragungen gespeichert und verwendet werden.			

Ort, Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Datenschutzhinweis: Die Daten sind FÜR die Feststellung des Versicherungsverhältnisses erforderlich. Rechtsgrundlagen FÜR die Datenerhebung sind FÜR die Krankenversicherung §§ 5, 9, 284 SGB V in Verbindung mit §§206 Abs. 1 Nrn. 1 u. 2, 227 und 240 SGB V. FÜR die Pflegeversicherung sind § 20 Abs. 3 SGB XI, §§ 94 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 SGB XI und § 50 Abs. 3 SGB XI maßgebend. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt, auf Datenträger gespeichert und unterliegen dem Datenschutz. Weitere Informationen ÜBER die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie auf unserer Homepage. Die Einwilligung zum Speichern der Daten kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.</small>	

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice WMF BKK
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

