



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 jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **WMF BKK** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **WMF BKK** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer



heute. morgen. immer.

WMF Betriebskrankenkasse

vermittelt durch:
krankenkassennetz.de GmbH

Antrag auf Mitgliedschaft

JA, ICH MÖCHTE MITGLIED DER WMF BETRIEBSKRANKENKASSE WERDEN.

Gewünschtes Eintrittsdatum	Mitzuversichernde-Familienangehörige <input type="checkbox"/> Ja <i>(Bitte separaten Fragebogen ausfüllen)</i> <input type="checkbox"/> Nein
----------------------------	--

Name	Vorname	Geburtsname <i>(falls abweichend)</i>
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
Geburtsort	Geburtsland	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend		
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	

Grund des Kassenwechsels

<input type="checkbox"/> Kündigung, die Bindungsfrist von 12 Monaten ist erfüllt. Bisher war ich versichert als <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in mit einem Arbeitsentgelt <i>(im Jahr)</i> <input type="checkbox"/> Bezieher/in von Arbeitslosengeld / Arbeitslosengeld II <input type="checkbox"/> Student/in <i>(Bitte Erklärung zur Versicherungspflicht beifügen)</i> <input type="checkbox"/> Freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung <i>(Bitte Antrag auf freiwillige Versicherung beifügen)</i>	<input type="checkbox"/> über 64.350,00 € <input type="checkbox"/> zwischen 5.400,01 € und 64.350,00 € <input type="checkbox"/> Bezieher/in einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
<input type="checkbox"/> Beginn einer Beschäftigung/Ausbildung, das Arbeitsentgelt beträgt jährlich <input type="checkbox"/> Beginn Arbeitslosengeldbezug <i>(Bitte Kopie des Bescheides der Agentur für Arbeit beifügen)</i> <input type="checkbox"/> Beginn Rentenbezug <i>(Bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen)</i> <input type="checkbox"/> Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit <i>(Bitte Antrag auf freiwillige Versicherung beifügen)</i>	<input type="checkbox"/> über 64.350,00 € <input type="checkbox"/> zwischen 5.400,01 € und 64.350,00 € <input type="checkbox"/> Aufnahme eines Studiums <i>(Bitte Erklärung zur Versicherungspflicht beifügen)</i> <input type="checkbox"/> Sonstiges _____

Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. der Agentur für Arbeit

Name und Sitz der bisherigen Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass die WMF Betriebskrankenkasse mich per E-Mail, Telefon, SMS über meine Extraleistungen und mögliche private Zusatzleistungen informiert.

Telefon/Mobil <i>(tagsüber erreichbar – Angabe freiwillig)</i>	E-Mail
--	--------

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers
------------	---------------------------------

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. Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich FÜR RÜCKFRAGEN zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt, auf Datenträger gespeichert und unterliegen dem Datenschutz. Weitere Informationen ÜBER die Verarbeitung Ihrer personen-bezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie auf unserer Homepage.

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.

