



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

Guten Tag,

vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **WMF BKK** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **WMF BKK** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **WMF BKK** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienversicherungsbogen** aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **WMF BKK** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Antrag auf Mitgliedschaft

Ja, ich möchte Mitglied der WMF Betriebskrankenkasse werden.

Gewünschtes Eintrittsdatum	Art der Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> Freiwilliges Mitglied
----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Name	Vorname
Straße, Nr.	PLZ, Ort
Geburtsdatum, Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Rentenversicherungsnummer
Telefon (tagsüber erreichbar)	E-Mail
<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte gerne kostenlos per Newsletter über aktuelle Neuigkeiten rund um die WMF BKK informiert werden. Ich willige in die Nutzung meiner E-Mail-Adresse und der hier angegebenen personenbezogenen Daten ein. Diese Daten werden dafür genutzt, mir individuelle Produkt- und Serviceangebote der WMF BKK zu empfehlen und den Newsletterservice stetig zu verbessern. Details zum Widerruf der Einwilligung sowie zur Nutzung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzbestimmungen und unter jeder Newsletter-E-Mail.	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden, seit _____ <input type="checkbox"/> Mein Ehe-/Lebenspartner ist selbst versichert bei _____	Mitzuversichernde Familienangehörige <input type="checkbox"/> Ja (Bitte separaten Fragebogen ausfüllen) <input type="checkbox"/> Nein

Name und Sitz der bisherigen Krankenkasse	
Versicherungszeitraum (von ... bis)	Bisherige Versicherungsart <input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert
Bisherige Krankenkasse gekündigt am	... gekündigt zum
Bitte unbedingt die Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse beifügen. Danke.	

<input type="checkbox"/> Beschäftigte/r <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Student/in (Immatrikulationsbescheinigung nötig) <input type="checkbox"/> selbstständig/freiberuflich <input type="checkbox"/> Rentner/in (Kopie des Rentenbescheids nötig)	Sonstige Tätigkeit (z. B. Hausfrau, Schüler, arbeitslos, ...)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

Firmenname	Ansprechpartner (Personal), Tel.-Nr.
Straße, Nr.	PLZ, Ort
<input type="checkbox"/> Ich übe eine weitere Beschäftigung aus. <input type="checkbox"/> Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus.	<input type="checkbox"/> Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verheiratet. <input type="checkbox"/> Ich bin Gesellschafter/Geschäftsführer eines Unternehmens.

<input type="checkbox"/> Mein Arbeitgeber überweist die Beiträge.	<input type="checkbox"/> Ich zahle die Beiträge selbst (Freiwillige Mitgliedschaft)
-------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

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

Datenschutzhinweis – § 67 a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch SGB X Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt, auf Datenträger gespeichert und unterliegen dem Datenschutz. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

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 und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

