



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](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkasseninfo.de](http://www.krankenkasseninfo.de)

Handelsregistereintrag  
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID  
DE 235 828 638

## Antrag auf Mitgliedschaft (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **WMF BKK** ist für dich unkompliziert möglich. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns..

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen ([info@krankenkassennetz.de](mailto:info@krankenkassennetz.de)).

Die **WMF BKK** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

**Achtung:** Wenn du nicht binnen 14 Tagen nach Beginn der Ausbildung eine Krankenkasse gewählt hast wirst du vom Ausbildungsbetrieb bei der Krankenkasse angemeldet, in der du bisher familienversichert warst. Die Krankenkasse deiner Eltern muss aber nicht immer auch die beste Krankenkasse für dich sein.

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.**

