

zurück an:

**WMF Betriebskrankenkasse**  
**Eberhardstraße**  
**73312 Geislingen**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.Dat.:** \_\_\_\_\_

Ich gehe weiter zur Schule  
voraussichtlich bis \_\_\_\_\_, Art der Schule \_\_\_\_\_

Ich beginne eine Ausbildung als  
\_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_

bei der Firma:

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Ich wähle weiterhin die WMF Betriebskrankenkasse

Ich leiste meinen

Wehrdienst

Zivildienst ab \_\_\_\_\_

sonstiges (Studium, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_

Bitte rufen Sie mich zurück unter  
Telefon \_\_\_\_\_ oder senden Sie mir eine

Email \_\_\_\_\_

Ich wünsche Infomaterial für einen eigenen Krankenversicherungsschutz

Die Angaben in diesem Formular sind freiwillig