

heute. morgen. immer.

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"/> 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"/> Bezieher/in einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
		<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

<input type="checkbox"/> 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.