

heute. morgen. immer.

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 – Angabe freiwillig)	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
<small>Bitte unbedingt die Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse beifügen. Danke.</small>	

<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: 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 personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie auf unserer Homepage.

Name / Adresse

Geburtsdatum: _____

Bisherige Krankenkasse

Versicherten Nr.: _____

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats. Sollte dies nicht möglich sein, kündige ich zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Ich bin an keinerlei Kontaktaufnahme (weder postalischer, fernmündlicher noch sonstiger Art) interessiert.

Bitte lassen Sie mir die Kündigungsbestätigung innerhalb der nächsten 14 Tage zukommen.

Mit freundlichen Grüßen
