

## 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
<i>Bitte unbedingt die Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse beifügen. Danke.</i>	

<input type="checkbox"/> Beschäftigte/r <input type="checkbox"/> selbstständig/freiberuflich	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Rentner/in (Kopie des Rentenbescheids nötig)	<input type="checkbox"/> Student/in (Immatrikulationsbescheinigung 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
------------	---------------------------------

---

Vorname und Name

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

---

Geburtsdatum

---

Name der bisherigen Krankenkasse

---

Faxnummer

---

Datum

## **Kündigung meiner Mitgliedschaft**

---

Versicherten-Nr.

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Diese Kündigung umfasst auch alle bei Ihnen abgeschlossenen Wahltarife. Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, wird es ausdrücklich in Anspruch genommen.

Bitte lassen Sie mir die schriftliche Kündigungsbestätigung unverzüglich, spätestens innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen zukommen.

**Die untenstehende Versand- und Empfangsvollmacht, ist vorrangig zu beachten.**

**X**

---

Unterschrift

## **Versand- und Empfangsvollmacht für meine Kündigungsbestätigung**

Senden Sie die Kündigungsbestätigung bitte unverzüglich, spätestens innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen direkt an meine neue Krankenkasse:

WMF BKK, Eberhardstraße, 73312 Geislingen oder per Fax an: 07331 9334-509.

Die WMF BKK bevollmächtige ich, sämtliche Tätigkeiten, die mit der Übermittlung und Empfang der Kündigungsbestätigung zusammenhängen können, für mich auszuüben. Dies umfasst insbesondere die Anforderung der Kündigungsbestätigung bzw. die Erinnerung an deren Zusendung.

**X**

---

Unterschrift