

Mitglied werden bei der WMF Betriebskrankenkasse

Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

Schritt 1 von 2:

Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen und unterschreiben

Eine Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich! Die neu von Ihnen gewählte Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir und die neue Krankenkasse kümmern uns um alles Weitere. **WICHTIG:** Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen:

- per Direkt-Upload: Bitte alle Unterlagen einscannen und hochladen auf <https://kassensuche.de/antrag/30>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
- per Fax: Bitte kostenfrei an die Nummer **0800-1003038** faxen
- per Post: Bitte schicken an:

Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt

Schritt 2 von 2:

Arbeitgeber informieren

Sofern Sie angestellt tätig sind, müssen Sie bitte Ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über Ihre Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse informieren. Das können Sie ganz einfach mit dem Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigen. **Bitte beachten Sie:** Dieses Schreiben muss **direkt von Ihnen** an Ihren Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

Geschafft! Sie erhalten in Kürze die Mitgliedschaftsbestätigung von Ihrer neuen Krankenkasse.

Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse die Bestätigung der Mitgliedschaft mit Beginndatum. Dieses Beginndatum teilen Sie dann bitte noch Ihrem Arbeitgeber mit und können dann alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen.

Hinweise: Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben. Aufgrund der notwendigen Verarbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen kann es bei einer Antragstellung in den letzten Tagen eines Monats passieren, dass die vorherige Kasse erst im Folgemonat über die Kündigung informiert wird und sich dadurch der Wechsel um einen Monat verschiebt. Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

Datenschutz: Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.

Mehr Infos auf www.kassensuche.de/datenschutz

Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

Antrag auf Mitgliedschaft

JA, ICH MÖCHTE MITGLIED DER WMF BETRIEBSKRANKENKASSE WERDEN.

Gewünschtes Eintrittsdatum	Art der Mitgliedschaft ☐ Pflichtmitglied ☐ Freiwilliges Mitglied
----------------------------	--

Name	Vorname
Straße, Nr.	PLZ, Ort
Geburtsdatum, Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich	Rentenversicherungsnummer
Telefon (tagsüber erreichbar – Angabe freiwillig)	E-Mail
Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden, seit _____ ☐ Mein Ehe-/Lebenspartner ist selbst versichert bei _____	Mitzuversichernde Familienangehörige ☐ Ja (Bitte separaten Fragebogen ausfüllen) ☐ Nein

Name und Sitz der bisherigen Krankenkasse	
Versicherungszeitraum (von ... bis)	Bisherige Versicherungsart ☐ selbst versichert ☐ familienversichert
Bisherige Krankenkasse gekündigt am	... gekündigt zum

Bitte unbedingt die Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse beifügen. Danke.

☐ Beschäftigte/r ☐ selbstständig/freiberuflich	☐ Auszubildende/r ☐ Rentner/in (Kopie des Rentenbescheids nötig)	☐ Student/in (Immatrikulationsbescheinigung nötig) ☐ Sonstige Tätigkeit (z. B. Hausfrau, Schüler, arbeitslos, ...)
---	---	---

Firmenname	Ansprechpartner (Personal), Tel.-Nr.
Straße, Nr.	PLZ, Ort
☐ Ich übe eine weitere Beschäftigung aus. ☐ Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus.	☐ Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verheiratet. ☐ Ich bin Gesellschafter/Geschäftsführer eines Unternehmens.

☐ Mein Arbeitgeber überweist die Beiträge.	☐ 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.

Wechselmitteilung an Arbeitgeber

An:

Arbeitgeber

Empfänger (z.B. „Personalabteilung“)

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Absender:

Nachname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Personalnummer:
Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

krankenversichert sein.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift