

## Mitglied werden bei der WMF Betriebskrankenkasse

### Ganz einfach zur neuen Krankenkasse:

#### Schritt 1 von 2:

##### Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen und unterschreiben

Eine Kündigung der bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich! Die neu gewählte Krankenkasse wird nach Eingang des Mitgliedschaftsantrags die bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns den Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir 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 [makleraktiv.de](http://makleraktiv.de) hochladen
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an [makleraktiv@kassensuche.de](mailto:makleraktiv@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

Arbeitnehmer müssen unbedingt ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über ihre Entscheidung für die **neue Krankenkasse** informieren. Das kann ganz einfach mit dem Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigt werden. **Bitte beachten Sie:** Dieses Schreiben muss direkt an den Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

##### Geschafft!

Die neue Krankenkasse verschickt eine Kundenbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung.

Vertriebspartner: SMWB Strategien mit Weitblick GmbH, Rothenbaumchaussee 11, 20148 Hamburg, E-Mail: [cs@smwb.de](mailto:cs@smwb.de)

**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 geht die Kassensuche GmbH mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um. Mehr Infos auf [www.kassensuche.de/datenschutz](http://www.kassensuche.de/datenschutz). Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter [www.kassensuche.de/agb](http://www.kassensuche.de/agb)

## Antrag auf Mitgliedschaft

**JA, ICH MÖCHTE MITGLIED DER WMF BETRIEBSKRANKENKASSE WERDEN.**

|                            |                                                                                                                      |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gewünschtes Eintrittsdatum | Art der Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Pflichtmitglied<br><input type="checkbox"/> Freiwilliges Mitglied |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

|                                           |                                                                                                                      |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name und Sitz der bisherigen Krankenkasse |                                                                                                                      |
| Versicherungszeitraum (von ... bis)       | Bisherige Versicherungsart<br><input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert |
| Bisherige Krankenkasse gekündigt am       | ... gekündigt zum                                                                                                    |

Bitte unbedingt die Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse beifügen. Danke.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beschäftigte/r<br><input type="checkbox"/> Auszubildende/r<br><input type="checkbox"/> Student/in (Immatrikulationsbescheinigung nötig)<br><input type="checkbox"/> selbstständig/freiberuflich<br><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.<br><input type="checkbox"/> Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus. | <input type="checkbox"/> Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verheiratet.<br><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** – § 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