Der schnellste Weg zur Audi BKK

Ergänzen Sie die Antragsunterlagen und senden Sie diese unterschrieben an Meine-Krankenkasse-wechseln

Post: Meine-Krankenkasse-wechseln
Kai Hoffmann
Georg-Raloff-Ring 2
22309 Hamburg

E-Mail: Antrag@Meine-Krankenkasse-wechseln.de

Fax: 040 2286 2176 9

Empfehlungsgeber der den Bonus erhalten soll

Name:

E-Mail:

Audi BKK

Beitrittserklärung

Ja, ich möchte Mitglied der Audi BKK zum nächstmöglichen Zeitpunkt werden/bleiben.

Persönliche Angaben

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ unbestimmt

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum Geburtsort

Geburtsname Staatsangehörigkeit

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

☐ Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die Audi BKK meine oben genannten Kontaktdaten verarbeitet. Die Audi BKK darf mich zu Leistungsansprüchen und über eigene Produkte und Services informieren. Zusätzlich können die Daten zu Mitgliederbefragungen genutzt werden.

IBAN

Rentenversicherungsnummer

Familienversicherung

Ja, ich habe mitversicherte Familienangehörige.

☐ Formular liegt bei ☐ Bitte Formular zusenden

PRV02580

Vermittler-/Aktionsnummer

Mein Status

seit/ab dem _____ bin ich

☐ Arbeitnehmer/-in
☐ Rentner/-in[1]
☐ Selbstständige/-r
  ☐ Existenzgründer/-in mit Zuschuss der Arbeitsagentur[1]
☐ Bundesfreiwilligendienst
☐ Student/-in[2]
☐ Auszubildende/-r
☐ freiwillig Versicherte/-r
☐ Leistungsbezieher/-in[1]
  ☐ Arbeitslosengeld
  ☐ Bürgergeld
☐ Elterngeld/Elternzeit
☐ Duales Studium

Name und Ort der Hochschule

Mein Arbeitgeber

Name des Arbeitgebers

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Beginn der Beschäftigung/Ausbildung, mtl. Bruttoverdienst

☐ Erstmalige Beschäftigungsaufnahme in Deutschland.

Ich war bei der bisherigen Krankenkasse mindestens 12 Monate versichert

☐ ja ☐ nein

Bei der _____ war ich
Name und Ort der Krankenkasse (ggf. Ausland)

☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert

☐ familienversichert seit _____
Monat/Jahr

X

Datum, Unterschrift

Ihre Daten werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches und der Datenschutzgrundverordnung zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben unserer Krankenkasse vertraulich verwendet. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie der Verarbeitung ein. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter **www.audibkk.de/datenschutz**

[1] Bitte aktuellen Rentenbescheid (auch Versorgungsbezug) bzw. Bewilligungsbescheid beifügen.
[2] Bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

Stand: August 2023