

## Ganz einfach zur Audi BKK wechseln



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](mailto:Antrag@Meine-Krankenkasse-wechseln.de)

Fax: 040 2286 2176 9

## Nennen Sie uns Ihren Empfehlungsgeber

Name:

E-Mail:

## 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

Bitte beantragen Sie für mich einen Sozialversicherungsausweis.

PRV02580

Vermittler-/Aktionsnummer

### Mein Status

seit/ab dem \_\_\_\_\_ bin ich

Arbeitnehmer/-in

Auszubildende/-r

Rentner/-in<sup>1</sup>

freiwillig Versicherte/-r

Selbstständige/-r

Leistungsbezieher/-in<sup>1</sup>

Existenzgründer/-in mit  
Zuschuss der Arbeitsagentur<sup>2</sup>

Arbeitslosengeld I

Arbeitslosengeld II

Student/-in<sup>2</sup>

Duales Studium

Elterngeld/Elternzeit

Jugend-/Bundesfreiwilligendienst

### 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

### Familienversicherung

Ja, ich habe mitversicherte Familienangehörige.

Formular liegt bei

Bitte Formular zusenden

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](http://www.audibkk.de/datenschutz)

<sup>1</sup> Bitte aktuellen Rentenbescheid (auch Versorgungsbezug) bzw. Bewilligungsbescheid beifügen.

<sup>2</sup> Bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen.



