

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



Die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse können Sie an Meine-Krankenkasse-wechseln oder direkt an Ihre neue Krankenkasse senden.



Beitrittserklärung

Ja, ich möchte Mitglied der Audi BKK werden.

Persönliche Angaben

weiblich männlich

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum Geburtsort

Geburtsname Staatsangehörigkeit

Telefonnummer für Rückfragen (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

IBAN

Rentenversicherungsnummer

Bitte beantragen Sie für mich einen Sozialversicherungs-
ausweis.

Vermittler-/Aktionsnummer

Mein aktueller Status

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in | <input type="checkbox"/> Auszubildende/-r |
| <input type="checkbox"/> Rentner/-in ¹ | <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte/-r ³ |
| <input type="checkbox"/> Selbstständige/-r ³ | <input type="checkbox"/> Leistungsbezieher/-in
des Arbeitsamtes ¹ |
| <input type="checkbox"/> Existenzgründer/-in mit
Zuschuss vom Arbeitsamt ¹ | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I |
| <input type="checkbox"/> Student/-in ^{2,3} | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II |
| <input type="checkbox"/> Elterngeld/Elternzeit | <input type="checkbox"/> Duales Studium |
| <input type="checkbox"/> 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 18 Monate versichert

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> pflichtversichert | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert |
| <input type="checkbox"/> familienversichert | seit _____
Monat/Jahr |

bei _____
Name der Krankenkasse

Familienversicherung

Ja, ich habe mitversicherte Familienangehörige.

Formular liegt bei Bitte Formular zusenden

X

Datum, Unterschrift

Die Daten werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und nur zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben unserer Krankenkasse verwendet. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

¹ Bitte aktuellen Rentenbescheid (auch Versorgungsbezug) bzw. Bewilligungsbescheid beifügen.

² Bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

³ Ich bin einverstanden, dass die Audi BKK meine Steuer-Identifikationsnummer beim Bundeszentralamt für Steuern erfragt und die Höhe meiner Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge maschinell an die Finanzverwaltung übermittelt (ggf. streichen).

