

## 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](mailto: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 <sup>1</sup>                                        | <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte/-r <sup>3</sup>                 |
| <input type="checkbox"/> Selbstständige/-r <sup>3</sup>                                  | <input type="checkbox"/> Leistungsbezieher/-in<br>des Arbeitsamtes <sup>1</sup> |
| <input type="checkbox"/> Existenzgründer/-in mit<br>Zuschuss vom Arbeitsamt <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I                                     |
| <input type="checkbox"/> Student/-in <sup>2,3</sup>                                      | <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 _____<br>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.

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

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

<sup>3</sup> 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).





## Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

### Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name, Vorname des Antragstellers, Geburtsdatum

- Ich war bisher:**
- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei \_\_\_\_\_
  - im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei \_\_\_\_\_ Name der Krankenkasse
  - nicht gesetzlich krankenversichert

- Familienstand:**
- ledig
  - verheiratet
  - getrennt lebend
  - geschieden
  - verwitwet
  - Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG  
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

**Mein Ehegatte ist:**  gesetzlich versichert bei \_\_\_\_\_  privat versichert

- Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:**
- Beginn meiner Mitgliedschaft
  - Geburt des Kindes
  - Heirat
  - Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
  - Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Beginn der Familienversicherung:** \_\_\_\_\_

**Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ zu erreichen (freiwillige Angabe).**

### Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/ Lebenspartner/-in auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten oder Lebenspartners/-in und – sofern der Ehegatte/ Lebenspartner/-in nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

**Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.**

	Ehegatte	Kind	Kind
Name			
(Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte oder Lebenspartner/-in bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.)			
Vorname			
Geschlecht (m=männlich/w=weiblich)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum			
ggf. abweichende Anschrift			
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	_____	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen			
	Ehegatte	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung <input type="checkbox"/> endete am: <input type="checkbox"/> bestand bei:	_____ _____ (Name der Krankenkasse)	_____ _____ (Name der Krankenkasse)	_____ _____ (Name der Krankenkasse)
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	_____ Vorname _____ Nachname	_____ Vorname _____ Nachname	_____ Vorname _____ Nachname
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung)		_____	_____

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen			
	Ehegatte	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit monatlich. (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen.)	_____ Euro Art der Einkünfte _____	_____ Euro Art der Einkünfte _____	_____ Euro Art der Einkünfte _____
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige			
	Ehegatte	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer			
<b>Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.</b>			
Geburtsname			
Geburtsort			
Geburtsland			
Staatsangehörigkeit			

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum Unterschrift des Mitglieds ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.  
Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.