



Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkaserneninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Um nun Mitglied in der **Audi BKK** zu werden, gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail (info@krankenkaserneninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **Audi BKK** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **Audi BKK** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **Audi BKK** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **Audi BKK** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer



Beitrittserklärung

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

Rücksendung der unterschriebenen Beitrittserklärung:
Audi BKK, Postfach 100160, 85001 Ingolstadt
Fax: **0841 887 333** · E-Mail: **beitritt@audibkk.de**

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

PRV 00592

Vermittler-/Aktionsnummer

Mein Status

seit/ab dem _____ bin ich

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in | <input type="checkbox"/> Auszubildende/-r |
| <input type="checkbox"/> Rentner/-in ¹ | <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte/-r |
| <input type="checkbox"/> Selbstständige/-r | <input type="checkbox"/> Leistungsbezieher/-in ¹ |
| <input type="checkbox"/> Existenzgründer/-in mit Zuschuss der Arbeitsagentur ¹ | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Bürgergeld |
| <input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienst | <input type="checkbox"/> Elterngeld/Elternzeit |
| <input type="checkbox"/> Student/-in ² | <input type="checkbox"/> 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.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice Audi BKK
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

