

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.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Guten Tag,

vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **Audi BKK** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **Audi BKK** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **Audi BKK** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienversicherungsbogen** aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **Audi BKK** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Beitrittserklärung

Ja, ich möchte Mitglied der Audi BKK werden.

krankenkassennetz.de GmbH

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 Sozialversicherungsausweis.

Vermittler-/Aktionsnummer

Mein 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

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.

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).



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 und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

