

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 das entgegengebrachtes Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **Audi BKK** unkompliziert möglich.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und dem Mitteilungsschreiben deiner alten Krankenkasse über die Beendigung der Familienversicherung im Freiumschatz zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (juergen.kunze@krankenkassennetz.de).

Die **Audi BKK** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer



Beitrittserklärung

Ja, ich möchte Mitglied der Audi BKK 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

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 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 ¹ |
| <input type="checkbox"/> Existenzgründer/-in mit
Zuschuss der Arbeitsagentur 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).



Name, Vorname

Datum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

An die (bisherige gesetzliche Krankenkasse)

Name der Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte senden Sie die Kündigungsbestätigung innerhalb der vorgeschriebenen 14 Tage an folgende Adresse:

Audi BKK, Postfach 100160, 85001 Ingolstadt.


Für die Entgegennahme der Kündigungsbestätigung und die Erinnerung an die Zusendung bevollmächtige ich die Audi BKK.

Mit freundlichen Grüßen

X

Unterschrift

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.

