



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 divers

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

Bitte beantragen Sie für mich einen Sozialversicherungsausweis.

Die Audi BKK wurde mir empfohlen von

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Jeder Werber nimmt am Gewinnspiel teil! ¹

X

Datum, Unterschrift

Vermittler-/Aktionsnummer

Mein Status

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in | <input type="checkbox"/> Auszubildende/-r |
| <input type="checkbox"/> Rentner/-in ² | <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte/-r |
| <input type="checkbox"/> Selbstständige/-r | <input type="checkbox"/> Leistungsbezieher/-in ² |
| <input type="checkbox"/> Existenzgründer/-in mit Zuschuss der Arbeitsagentur ² | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I |
| <input type="checkbox"/> Student/-in 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

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 Alle Informationen zu dem aktuellen Gewinnspiel und den Teilnahmebedingungen finden Sie unter audibkk.de

² Bitte aktuellen Rentenbescheid (auch Versorgungsbezug) bzw. Bewilligungsbescheid beifügen.

³ Bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen.



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 oder per Fax an 0841 887 333

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

Mit freundlichen Grüßen

X

Unterschrift