



Beitrittserklärung

Ja, ich möchte zum nächstmöglichen Zeitpunkt Mitglied der Audi BKK werden.¹

Persönliche Angaben

weiblich männlich

Name, Vorname

Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Ich möchte mich versichern als:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ArbeitnehmerIn | <input type="checkbox"/> Auszubildende |
| <input type="checkbox"/> PraktikantIn ⁴ | <input type="checkbox"/> StudentIn ^{3,4} |
| <input type="checkbox"/> RentnerIn ² | <input type="checkbox"/> ExistenzgründerIn mit Zuschuss vom Arbeitsamt ² |
| <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte ⁴ | |
| <input type="checkbox"/> Selbstständige ⁴ | <input type="checkbox"/> LeistungsbezieherIn des Arbeitsamtes ² |

Nur für Arbeitnehmer

Name des Arbeitgebers

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer dienstlich

Beginn der Beschäftigung/Ausbildung mtl. Bruttoverdienst

Erstmalige Beschäftigungsaufnahme in Deutschland

Bitte die unterschriebene Beitrittserklärung zurücksenden an:
Audi BKK, Postfach 100160, 85001 Ingolstadt
 oder zurückfaxen an:
01802 171217
 oder einscannen und mailen an:
beitritt@audibkk.de

Geburtsdatum

Geburtsort

Geburtsname

E-Mail

BLZ

Kontonummer

Rentenversicherungsnummer

Bitte beantragen Sie für mich eine Rentenversicherungsnummer und einen Sozialversicherungsausweis.

Familienversicherung

Ja, ich habe mitversicherte Familienangehörige.
 (Bitte füllen Sie die Rückseite aus)

Ich war bei der bisherigen Krankenkasse mindestens 18 Monate versichert:

ja nein seit Monat/Jahr _____
 pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert

bei _____
 Krankenkasse

⁴ 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).

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. Die Angabe der Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig.

An die (bisherige gesetzliche Krankenkasse)

bitte nicht abtrennen

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Um die Zusendung der Kündigungsbestätigung in den vorgeschriebenen 14 Tagen wird gebeten.

Ich widerrufe hiermit sämtliche in der Vergangenheit abgegebenen Werbe- und Anruferlaubnisse mit sofortiger Wirkung. Das umfasst auch Rückwerbeversuche und Beratungen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift

¹ Unterlagen werden Ihnen in den nächsten Tagen zugeschickt. Der Versicherungsbeginn wird von der Audi BKK ermittelt.
² Bitte aktuellen Rentenbescheid (auch Versorgungsbezug), bzw. Bewilligungsbescheid beifügen.
³ Bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

Antrag zur Feststellung der Familienversicherung

Name, Vorname des Antragstellers _____

Geburtsdatum _____

- Ich war bisher nicht gesetzlich krankenversichert
 im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei _____
 im Rahmen einer Familienversicherung versichert bei _____

Name und Anschrift der Krankenkasse _____

Name und Anschrift der Krankenkasse _____

Familienstand

- ledig verheiratet getrennt lebend verwitwet
 geschieden seit _____ eingetragene Lebenspartnerschaft nach LPartG
 (Angabe unter Ehepartner/-in)

Name und Geburtsdatum des Mitglieds _____

Mein/e Ehepartner/-in ist selbst versichert

- nein ja, bei _____
 Name und Anschrift der Krankenkasse

Ich bin tagsüber unter der Telefonnummer _____ oder per E-Mail _____ zu erreichen.

Familienangehörige

Diese Rubrik bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Ehepartner oder Ihre Kinder bei uns versichert werden sollen. Angaben für Ihren Ehepartner bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. Dabei sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zum Einkommen unberücksichtigt zu lassen. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

	Ehepartner/-in	Kind	Kind
Name (falls abweichend vom Mitglied)			
Vorname			
Geschlecht (m=männlich/w=weiblich)	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum			
ggf. abweichende Anschrift			
Verwandtschaftsverhältnis (Zutreffendes bitte ankreuzen oder eintragen)		<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind
Eigene Versicherung bei der Audi BKK oder einer anderen Krankenkasse	vom bis bei	vom bis bei	vom bis bei
Die Familienversicherung soll durchgeführt werden	ab	ab	ab
Monatliches Bruttoeinkommen	Euro	Euro	Euro
Einkommensart (Zutreffendes bitte ankreuzen oder eintragen) ¹ Bitte Einkommenssteuerbescheid beifügen. ² Bitte Rentenbescheid beifügen.	<input type="checkbox"/> Lohn/Gehalt <input type="checkbox"/> Unterhalt <input type="checkbox"/> selbst. Tätigkeit ¹ <input type="checkbox"/> Rente/Pension ² <input type="checkbox"/> Miete/Pacht	<input type="checkbox"/> Lohn/Gehalt <input type="checkbox"/> Unterhalt <input type="checkbox"/> selbst. Tätigkeit ¹ <input type="checkbox"/> Rente/Pension ² <input type="checkbox"/> Miete/Pacht	<input type="checkbox"/> Lohn/Gehalt <input type="checkbox"/> Unterhalt <input type="checkbox"/> selbst. Tätigkeit ¹ <input type="checkbox"/> Rente/Pension ² <input type="checkbox"/> Miete/Pacht
Schulbesuch/Studium: ab dem 13. Geburtstag das voraussichtliche Ende eintragen. Wichtig: ab 23 Jahren Schulbescheinigung beifügen		vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst Wichtig: Dienstzeitbescheinigung beifügen		vom bis	vom bis
Name und Anschrift der Krankenkasse, die bisher die Familienversicherung durchführte			
Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer			
Rentenversicherungsnummer			
Folgende Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.			
Geburtsname			
Geburtsort/Geburtsland			
Staatsangehörigkeit			

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner Familienangehörigen verändert, sie selbst Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden oder anderweitig versichert sind. Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben (bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift eines Familienangehörigen aus).

Datenschutzhinweis (§ 67 Abs.3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben.

Ort, Datum _____

Unterschrift (Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben) _____