



## 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

Vermittler-/Aktionsnummer

## Mein Status

seit/ab dem \_\_\_\_\_ bin ich

- |                                                                                              |                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in                                                    | <input type="checkbox"/> Auszubildende/-r                                        |
| <input type="checkbox"/> Rentner/-in <sup>1</sup>                                            | <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte/-r                               |
| <input type="checkbox"/> Selbstständige/-r                                                   | <input type="checkbox"/> Leistungsbezieher/-in <sup>1</sup>                      |
| <input type="checkbox"/> Existenzgründer/-in mit<br>Zuschuss der Arbeitsagentur <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld<br><input type="checkbox"/> Bürgergeld |
| <input type="checkbox"/> Bundesfreiwilligendienst                                            | <input type="checkbox"/> Elterngeld/Elternzeit                                   |
| <input type="checkbox"/> Student/-in <sup>2</sup>                                            | <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](http://www.audibkk.de/datenschutz)

<sup>1</sup> Bitte aktuellen Rentenbescheid (auch Versorgungsbezug) bzw. Bewilligungsbescheid beifügen.

<sup>2</sup> Bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen.