

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](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkasseninfo.de](http://www.krankenkasseninfo.de)

Handelsregistereintrag  
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID  
DE 235 828 638

## Antrag auf Mitgliedschaft (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **Audi BKK** ist für dich unkompliziert möglich. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns.

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

Die **Audi BKK** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

**Achtung:** Wenn du nicht binnen 14 Tagen nach Beginn der Ausbildung eine Krankenkasse gewählt hast wirst du vom Ausbildungsbetrieb bei der Krankenkasse angemeldet, in der du bisher familienversichert warst. Die Krankenkasse deiner Eltern muss aber nicht immer auch die beste Krankenkasse für dich sein.

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

- Arbeitnehmer/-in  Auszubildende/-r  
 Rentner/-in<sup>1</sup>  freiwillig Versicherte/-r<sup>3</sup>  
 Selbstständige/-r<sup>3</sup>  Leistungsbezieher/-in<sup>1</sup>  
 Existenzgründer/-in mit  Arbeitslosengeld I  
Zuschuss der Arbeitsagentur<sup>1</sup>  Arbeitslosengeld II  
 Student/-in<sup>2,3</sup>  Duales Studium  
 Elterngeld/Elternzeit  
 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

- ja  nein  
 pflichtversichert  freiwillig versichert  
 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](http://www.audibkk.de/datenschutz)

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

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

<sup>3</sup> 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).

**Bitte füllen Sie die umseitige Kündigung ebenfalls aus und unterschreiben Sie diese. Alles Weitere übernehmen wir für Sie.**



---

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.**

