

Ich möchte Mitglied werden!

zum

(Bitte Datum eintragen)



Die Kasse fürs Leben.

Hauptverwaltung:

Münchner Weg 5
85232 Bergkirchen (GADA)
T 08131/6133-0
F 08131/6133-2090

Kostenfreie Hotline:

0800/6648808

info@bkk-provita.de
www.bkk-provita.de

Newsletter

ja nein

Persönliche Angaben

weiblich männlich

Name
(ggf. Geburtsname)

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

ledig

verheiratet

Staatsangehörigkeit

eingetragene Lebenspartnerschaft (LpartG)

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon tagsüber
(freiwillige Angabe)

E-Mail
(freiwillige Angabe)

Versicherungsnummer
(diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte)

Sozialversicherungsnummer

Ehegatte/Lebenspartner (LpartG) ist Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse _____
 Versicherungsnehmer in der Privaten Krankenversicherung

Angaben zur ausgeübten Tätigkeit/Personenkreis

Ausübung einer hauptberuflichen selbständigen Tätigkeit ab _____ (Bitte Gewerbeanmeldung beifügen)
als _____ Anzahl Beschäftigte _____ Anzahl wöchentliche Arbeitszeit _____

Gesetzliches Krankengeld gegen Zahlung des allgemeinen Beitragssatzes Wahltarif Krankengeld – Bitte um weitere Informationen!

Arbeitnehmer/in über der Jahresentgeltgrenze Beamter/Beamtin * > Beihilfeberechtigung: nein ja (bitte fügen Sie einen Nachweis bei)

Pensionär/in * Rentner/in * Ich beziehe Versorgungsbezug Hausfrau/Hausmann * Erwerbslose(r) *

Student/in Schüler/in Berufsfach- bzw. Fachschüler/in (Bitte Immatrikulations- bzw. Schulbescheinigung beifügen)

* Sofern der Ehegatte bzw. Lebenspartner nach dem LpartG nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert ist, sind auf der beigefügten Einkommensnachfrage Angaben zu dessen Einkommensverhältnissen erforderlich. **Siehe Rückseite** →

Zusatzangaben für Pflegeversicherung erforderlich

Haben Sie Kinder? Kinderberücksichtigungsgesetz (KiBG) nein ja (bitte fügen Sie einen Nachweis, z. B. Geburtsurkunde bei)

Sonstige Angaben

Bitte Kündigungsbestätigung oder Bescheinigung über die Dauer der Mitgliedschaft beifügen!

Versicherungsart bisher: pflichtversichert freiwillig versichert privat krankenversichert familienversichert

Bisher versichert bei:

(Name und Ort
der Krankenkasse)

von

bis

Ich habe Familienangehörige, die ich gern bei mir kostenfrei mitversichern möchte (**siehe Rückseite** →) ja nein

Ich wurde von der Krankenversicherungspflicht befreit (**bitte Nachweis beilegen**) ja

Bankverbindung

Nur zur Erstattung von Leistungen Zur Abbuchung von Beiträgen

Name der Bank

IBAN

BIC (Swift)

Ich willige ein, dass die **BKK ProVita** die Höhe der geleisteten und erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an das Finanzamt meldet.

Diese werden dann steuerlich berücksichtigt. Nein Ja, meine Steueridentifikationsnummer lautet: _____

Datenschutzhinweis

Wir benötigen von Ihnen für die Bearbeitung Ihres Antrags einige persönliche Angaben. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bitten wir Sie auch um Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Wir benötigen für die Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten Ihr Geburtsdatum, da Sie diese Erklärung erst abgeben können, wenn Sie mindestens 15 Jahre alt sind. Empfänger Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-provita.de/datenschutz. Bei Fragen wenden Sie sich an die BKK ProVita, Münchner Weg 5, 85232 Bergkirchen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter wolfgang.huber@bkk-provita.de. Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Ihr Einverständnis können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der BKK ProVita, Münchner Weg 5, 85232 Bergkirchen wahrnehmen. Sie können den Widerruf auch per E-Mail senden an widerruf@bkk-provita.de.

Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass die **BKK ProVita** meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der **BKK ProVita** sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der **BKK ProVita** informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchführen zu können, auch per E-Mail oder Telefon. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie uns den Aufnahmeantrag vollständig ausgefüllt zusammen mit der **Kündigungsbestätigung** Ihrer jetzigen Krankenkasse per Brief oder Fax an die oben genannte Adresse.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Arbeitgeber Familie Freunde/Bekannte Sonstiges _____ Werbung Internet

Ich wurde
geworben von:

BD/Verm.Nr. _____

Bitte wenden →

Die BKK ProVita heißt Sie willkommen.

Einkommenserklärung (Art und Höhe der Einnahmen)	des Versicherten		des Ehegatten/Lebenspartner (gem. LpartG) (wenn nicht gesetzlich versichert)	
	monatlich €	jährlich €	monatlich €	jährlich €
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, Veräußerungsgewinne, Beteiligungen (bitte letzten Einkommenssteuerbescheid beifügen)				
Arbeitsentgelte aus einer Beschäftigung (Bruttolohn/Bruttogehalt, Sachbezüge, Provisionen, Vorruhestandsgehalt u. ä.). Bitte Gehaltsabrechnung beifügen.				
Einmalzahlungen (z. B. Urlaubs-, Weihnachtsgeld) Bitte Nachweis beifügen.				
Renten (z. B. Alters-, Hinterbliebenen- u. Unfallrenten, ausländische Renten) Bitte Kopie des Rentenbescheids beifügen.				
Versorgungsbezüge (z. B. Pensionen, Betriebs- u. Zusatzrenten) Bitte Kopie des Bescheids beifügen.				
Dienstbezüge als Beamter/Beamtin (Bitte Kopie Bezügermittlung beifügen)				
Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung (Bitte letzten Einkommensteuerbescheid beifügen)				
Einkünfte aus Kapitalvermögen ohne Abzug des Sparerfreibetrages bzw. Werbungskostenpauschbetrages. (Bitte letzten Einkommensteuerbescheid beifügen)				
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (ohne Kindergeld und Wohngeld), Unterhaltsgeld				
Hilfe zum Lebensunterhalt (z. B. Sozialhilfe, Grundsicherung)				
Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit (Bitte Nachweis beifügen)				
Abfindung wegen Ende d. Beschäftigung (Bitte Vereinbarung beifügen)				
Sonstige Einnahmen / Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:				

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z. B. Steuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

Wichtig!*	Für folgende Personen beantrage ich beitragsfreie Familienversicherung:			
	Ehegatte*	1. Angehöriger	2. Angehöriger	3. Angehöriger
Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll.				
Vorname				
Familienname (falls abweichend)				
Geburtsdatum				
Verwandtschaftsverhältnis	<input type="radio"/> Sohn <input type="radio"/> Enkelkind <input type="radio"/> Tochter <input type="radio"/> Stiefkind	<input type="radio"/> Sohn <input type="radio"/> Enkelkind <input type="radio"/> Tochter <input type="radio"/> Stiefkind	<input type="radio"/> Sohn <input type="radio"/> Enkelkind <input type="radio"/> Tochter <input type="radio"/> Stiefkind	<input type="radio"/> Sohn <input type="radio"/> Enkelkind <input type="radio"/> Tochter <input type="radio"/> Stiefkind
monatl. Einkommen (alle Einkünfte im Sinne des Steuerrechts, z. B. aus Rente, Vermietung, Arbeit oder Zinserträge)				
Anschrift (falls abweichend)				
Sozialversicherungsnummer				
Krankenversicherungsnummer (Sie finden diese auf Ihrer Gesundheitskarte!)				
Schule/Studium bis				
bisherige Krankenkasse				
Geschäftsstelle				

Besteht eine private Krankenversicherung beim Ehegatten, ist eine gesonderte Prüfung der Familienversicherung der Kinder erforderlich. Bitte fügen Sie bei Kindern ab dem 23. Lebensjahr eine Schulzeitbescheinigung bei.

Mit der Verwendung dieser Daten zur Prüfung der Familienversicherung bin ich einverstanden:

Mit der Verwendung dieser Daten zur Prüfung der Familienversicherung bin ich einverstanden:

Mit der Verwendung dieser Daten zur Prüfung der Familienversicherung bin ich einverstanden:

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Ehegatten

Unterschrift der Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben