

# 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](mailto:info@bkk-provita.de)  
[www.bkk-provita.de](http://www.bkk-provita.de)

**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 \_\_\_\_\_ ist  Versicherungsnehmer in der Privaten Krankenversicherung

**Newsletter**  ja  nein

## Angaben zum Personenkreis

Rentner/in \*  Pensionär/in \* (\* Einkommenserklärung siehe Rückseite →)  Vorruhestandempfänger

## 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](http://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](mailto: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](mailto: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)	Zutreffendes bitte ankreuzen!		monatlich €	jährlich €
	▼	▼		
Renten (z. B. Alters-, Hinterbliebenen- u. Unfallrenten) Bitte Kopie des Rentenbescheids oder die letzte Rentenanpassungsmitteilung beifügen.	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Ausländische Renten (Bitte Nachweis beifügen)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Private Rente (Bitte Nachweis beifügen)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Versorgungsbezüge (z. B. Pensionen, Betriebs- u. Zusatzrenten) Bitte Kopie des Bescheids beifügen.	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Kapitalleistungen (Direktversicherung)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Einkünfte aus Gewerbebetrieb (z. B. Photovoltaikanlage) (Bitte letzten Einkommensteuerbescheid als Nachweis beifügen)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (Bitte letzten Einkommensteuerbescheid als Nachweis beifügen)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (Bitte letzten Einkommensteuerbescheid als Nachweis beifügen)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		

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! Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll.	Für folgende Personen beantrage ich beitragsfreie Familienversicherung:			
	Ehegatte*	1. Angehöriger	2. Angehöriger	3. Angehöriger
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
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