

# Ich möchte Mitglied werden!

zum .....



Die Kasse fürs Leben.

<b>Persönliche Angaben</b>		<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Staatsangehörigkeit			
ggf. Geburtsname			
Familienstand			
Straße, Nr.			
PLZ	Ort		
Telefon/Handy *			
E-Mail *			
Sozialversicherungsnummer			

**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

## Sonstige Angaben

Ich habe Familienangehörige, die ich gerne kostenfrei bei mir mitversichern möchte (*Bitte füllen Sie den Antrag auf Seite 3 aus.*)

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

Ich wurde von der Krankenversicherungspflicht befreit (bitte Nachweis beifügen)

Ich beantrage einen Sozialversicherungsausweis. \* freiwillige Angaben

**Bankverbindung**  nur zur Erstattung von Leistungen |  zur Abbuchung von Beiträgen

IBAN

BIC | Name der Bank

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

nein  ja/Steueridentifikationsnr: .....

## Angaben zum Personenkreis (Mehrfachnennung möglich)

Arbeitnehmer/in  Auszubildende/r  Saisonarbeiter

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt  Ich bin an der Firma mit .....% beteiligt  Mein Einkommen liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze

Ich übe eine weitere Beschäftigung aus

Arbeitslosengeld  Arbeitslosengeld II

## Wie konnten wir Sie von uns begeistern? \*

Naturheilverfahren  Osteopathie  Nachhaltigkeit  pflanzliche Arzneimittel  Ernährung  Bonusprogramm

Bitte tragen Sie folgend die Daten ihres Arbeitgebers / Agentur für Arbeit / Jobcenters ein:

Name

Straße, Nr.

PLZ | Ort

Kundennummer bei Leistungsbeziehern

Beschäftigt seit/Leistungsbezug seit

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \*

Website  Zeitung/Radio  Arbeitgeber  Social Media Kanäle  Messe  Familie/Freunde  Leistungserbringer (z. B. Arzt)  Internetportale/Foren

Ich wurde geworben von: .....

## Datenschutzhinweis:

Wir benötigen von Ihnen für die Bearbeitung Ihres Antrags einige persönliche Angaben. Die Grundlage dafür sind § 284 Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 206 SGB V, § 28 o SGB IV und § 94 SGB XI i.V. mit § 50 SGB XI. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bitten wir Sie auch um Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Empfänger Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleister sein.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://www.bkk-provita.de/datenschutz>. Bei Fragen wenden Sie sich an die BKK ProVita, Münchner Weg 5, 85232 Bergkirchen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@bkk-provita.de](mailto:datenschutz@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).

Rentenbezug (Seite 2 Pkt. 1.3. ausfüllen; bei frw. Vers. Pkt. 1.2.)  Versorgungsbezug (Seite 2 Pkt. 1.3. ausfüllen; bei frw. Vers. Pkt. 1.2.)  Rentenanspruch (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)

haupt-, nebenberuflich Selbständige/r Existenzgründer (Seite 2 Pkt. 1.1. + 1.2. ausfüllen)  Künstler/in/ Publizisten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz  Hausfrau/-mann (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)

Student/in (Immatrikulationsbescheinigung beifügen)  Schüler/in (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen; Schulbescheinigung beifügen)  (Ruhestands-) Beamter/in (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)

Erwerbslose/r (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)  Sozialhilfeempfänger/in (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)

**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 und um Meinungsforschung durchführen zu können, auch per E-Mail oder Telefon. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

## Angaben zur Vorversicherung (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen)

Versicherungsart bisher  privat krankenversichert  pflichtversichert  familienversichert  freiwillig versichert  im Ausland versichert

versichert bei \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ort und Datum

Unterschrift

## Wichtige Informationen zur Beitragseinstufung

### Pkt. 1.1. Selbständigkeit (Bitte Kopie der Gewerbeanmeldung beifügen.)

Ich übe eine	<input type="radio"/> hauptberufliche selbständige Tätigkeit aus <input type="radio"/> nebenberufliche selbständige Tätigkeit aus	seit	als	wöchentliche Arbeitszeit
Anzahl der Beschäftigten	Entgelt aller Beschäftigten übersteigt die Geringfügigkeitsgrenze (nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV)			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ich wähle	<input type="radio"/> gesetzliches Krankengeld gegen Zahlung des allgemeinen Beitragssatzes	<input type="radio"/> den Wahltarif Krankengeld (Bitte um weitere Informationen)		

### Pkt. 1.2. Einkommenserklärung freiwillige

#### Versicherung/Rentenantragssteller

(Art und Höhe der Einnahmen)

	des Versicherten		des Ehegatten/Lebenspartner(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, Vorruhestandsgeld 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 Bezügemitteilung 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) Bitte Bescheids beifügen.				
Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit Bitte Nachweis beifügen.				
Abfindung wegen Ende der Beschäftigung Bitte Vereinbarung beifügen.				
Sonstige Einnahmen / Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:				

#### Angaben zur Pflegeversicherung Haben Sie Kinder? Kinderberücksichtigungsgesetz (KiBG)

nein

ja Bitte Nachweis beifügen.

### Pkt. 1.3. Einkommenserklärung Rentner

(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 Renten Anpassungsmitteilung 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.

Ort, Datum .....

Unterschrift des Antragstellers .....

# Ihr Antrag auf Familienversicherung.



Die Kasse fürs Leben.

**Mein Ehegatte ist selbst versichert**  Nein, sie/er soll bei mir familienversichert werden.  
 Ja, bei .....

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"/> Tochter <input type="radio"/> Enkelkind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> Sohn <input type="radio"/> Tochter <input type="radio"/> Enkelkind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> Sohn <input type="radio"/> Tochter <input type="radio"/> Enkelkind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Pflegekind
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:

.....  
 Unterschrift des Antragstellers




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

.....  
 Unterschrift des Ehegatten

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

.....  
 Unterschrift der Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben

## So einfach: Krankenkasse wechseln in drei Schritten

<p><b>Schritt 1: Aktuelle Mitgliedschaft kündigen</b></p> <p>Eine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse kann jederzeit – unter Einhaltung der Kündigungsfrist von zwei vollen Kalendermonaten – formlos, schriftlich gekündigt werden (Bindungsfrist von 18 Monaten beachten). Die vorgefertigte Kündigung senden Sie einfach unterschrieben an uns. Alles Weitere übernehmen wir für Sie. Innerhalb von 14 Tagen erhalten Sie von Ihrer bisherigen Krankenkasse eine Kündigungsbestätigung.</p> 	<p><b>Schritt 2: Mitgliedsantrag bei der BKK ProVita stellen</b></p> <p>Reichen Sie bitte den ausgefüllten Aufnahmeantrag der BKK ProVita und eine Kopie der Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse bei uns ein. Die Unterlagen können Sie uns per Post, per Fax oder per E-Mail an die oben im Antrag genannten Kontaktdaten übermitteln.</p> 	<p><b>Schritt 3: Mitgliedsbescheinigung wird ausgestellt und versendet</b></p> <p>Die BKK ProVita stellt eine Mitgliedsbescheinigung aus und übersendet diese direkt an Ihren Arbeitgeber oder gegebenenfalls an Sie selbst. Ihr Arbeitgeber führt dann die Abmeldung bei der bisherigen Krankenkasse durch und meldet Sie bei der BKK ProVita an.</p> 
---	--	--