

Ich möchte Mitglied werden!

zum



Die Kasse fürs Leben.

Persönliche Angaben		<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

Cordt Würdemann - Vermittler Nr. 06193058

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)

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:

Wie konnten wir Sie von uns begeistern? *

Naturheilverfahren Nachhaltigkeit Ernährung
 Osteopathie pflanzliche Arzneimittel Bonusprogramm

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? *

Website Messe
 Zeitung/Radio Familie/Freunde
 Arbeitgeber Leistungserbringer (z. B. Arzt)
 Social Media Kanäle 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. 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 und um Meinungsforschung durchführen zu können, auch per E-Mail oder Telefon. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Ich beantrage einen Sozialversicherungsausweis. * freiwillige Angaben

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

wöchentliche Arbeitszeit: Ich übe eine weitere Beschäftigung aus

Arbeitslosengeld Arbeitslosengeld II

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

<input type="radio"/> Rentenbezug (Seite 2 Pkt. 1.3. ausfüllen; bei frw. Vers. Pkt. 1.2.)	<input type="radio"/> Versorgungsbezug (Seite 2 Pkt. 1.3. ausfüllen; bei frw. Vers. Pkt. 1.2.)	<input type="radio"/> Rentenanspruch (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)
<input type="radio"/> haupt-, nebenberuflich Selbständige/r Existenzgründer (Seite 2 Pkt. 1.1. + 1.2. ausfüllen)	<input type="radio"/> Künstler/in/ Publizisten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz	<input type="radio"/> Hausfrau/-mann (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)
<input type="radio"/> Student/in (Immatrikulationsbescheinigung beifügen)	<input type="radio"/> Schüler/in (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen; Schulbescheinigung beifügen)	<input type="radio"/> (Ruhestands-) Beamter/in (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)
<input type="radio"/> Erwerbslose/r (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)	<input type="radio"/> Sozialhilfeempfänger/in (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)	

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/Rentenansragssteller

(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>Schritt 1: Aktuelle Mitgliedschaft kündigen</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>Schritt 2: Mitgliedsantrag bei der BKK ProVita stellen</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>Schritt 3: Mitgliedsbescheinigung wird ausgestellt und versendet</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> 
---	--	--