

Mitglied werden bei der BKK ProVita

Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

Schritt 1 von 2:

Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen und unterschreiben

Eine Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich! Die neu von Ihnen gewählte Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir und die neue Krankenkasse kümmern uns um alles Weitere. **WICHTIG:** Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen:

- per Direkt-Upload: Bitte alle Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://wiwo.kassensuche.de/antrag/318>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
- per Fax: Bitte kostenfrei an die Nummer **0800-1003038** faxen
- per Post: Bitte schicken an:

Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt

Schritt 2 von 2:

Arbeitgeber informieren

Sofern Sie angestellt tätig sind, müssen Sie bitte Ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über Ihre Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse informieren. Das können Sie ganz einfach mit dem Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigen. **Bitte beachten Sie:** Dieses Schreiben muss **direkt von Ihnen** an Ihren Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

Geschafft! Sie erhalten in Kürze die Mitgliedschaftsbestätigung von Ihrer neuen Krankenkasse.

Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse die Bestätigung der Mitgliedschaft mit Beginndatum. Dieses Beginndatum teilen Sie dann bitte noch Ihrem Arbeitgeber mit und können dann alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen.

Hinweise: Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben. Aufgrund der notwendigen Verarbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen kann es bei einer Antragstellung in den letzten Tagen eines Monats passieren, dass die vorherige Kasse erst im Folgemonat über die Kündigung informiert wird und sich dadurch der Wechsel um einen Monat verschiebt. Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

Datenschutz: Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.

Mehr Infos auf www.kassensuche.de/datenschutz

Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

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

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:.....

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

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:

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)

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.

Angaben zur Vorversicherung (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen)

Versicherungsart bisher privat krankenversichert pflichtversichert familienversichert freiwillig versichert im Ausland versichert

versichert bei _____ von _____ bis _____

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.

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 Anpassungsmittelung 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>  |
|---|--|--|

über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche (WIWO)

Wechselmitteilung an Arbeitgeber

An:

Absender:

Arbeitgeber

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

PLZ Ort

Meine Personalnummer: Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

versichert sein.

Nach Bestätigung durch die neue Krankenkasse werde ich Ihnen das genaue Wechseldatum mitteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift