

Mitglied werden bei der BKK ProVita

In vier Schritten zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

- 1.** Bevor Sie die Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen können, müssen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse kündigen. Das ist einfach, problemlos und sicher. Und: keine Sorge – Ihre neue Krankenkasse nimmt Sie in jedem Falle auf, denn dazu ist sie gesetzlich verpflichtet, wenn Sie bislang gesetzlich krankenversichert waren. Ein Musterkündigungsschreiben finden Sie auf der letzten Seite. Füllen Sie dieses bitte aus – geht auch am Bildschirm – und unterschreiben es. Dann ab in einen Umschlag und per Post an Ihre jetzige Krankenkasse. Die Anschrift finden Sie auch auf unserer Website.
- 2.** Warten Sie auf die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse. In der Zwischenzeit füllen Sie bitte den Original-Mitgliedsantrag Ihrer neuen Krankenkasse auf der nächsten Seite dieses PDFs aus und unterschreiben ihn.
- 3.** Sobald die Kündigungsbestätigung eingetroffen ist, schicken Sie diese bitte zusammen mit Ihrem Mitgliedschaftsantrag direkt an uns – wir kümmern uns um alles Weitere. Und so können Sie uns Ihren Antrag zukommen lassen:
 - per Direkt-Upload: Bitte beide Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://wiwo.kassensuche.de/antrag/318>
 - per Mail: Bitte beide Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
 - per Fax: Bitte kostenfrei an die Nr. **0800-1003038** faxen
 - per Post: Bitte schicken an

Kassensuche GmbH
Zentraler Antragservice
Vilbeler Landstraße 186
60388 Frankfurt

- 4.** Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse eine Eingangsbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung. Ab jetzt genießen Sie alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse. So einfach geht das.

Hinweise: Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.
Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben.

Datenschutz: Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.
Mehr Infos auf www.kassensuche.de/datenschutz

Ich möchte Mitglied werden!



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

zum _____ (Bitte Datum eintragen)

Persönliche Angaben

Name _____ männlich

Vorname _____ weiblich

ledig verheiratet geschieden verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft (LpartG)

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

ggf. Geburtsname _____ Staatsangehörigkeit _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Versicherungsnummer _____
(diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte)

Newsletter ja nein

Telefon tagsüber (freiwillige Angabe) _____ E-Mail (freiwillige Angabe) _____

ausgeübter Beruf _____ Sozialversicherungsnummer _____

Arbeitgeber _____ beschäftigt seit _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

- Ich beziehe Leistungen der Agentur für Arbeit/Jobcenter Ich bin selbständig erwerbstätig Ich beziehe Rente/Versorgungsbezug
 Ich bin an der Firma beteiligt Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt Ich bin (Ruhestands-) Beamter
 Bruttojahresverdienst **unter** 53.550 Euro jährlich/4.462,50 Euro monatlich wöchentliche Arbeitszeit: _____
 Bruttojahresverdienst **über** 53.550 Euro jährlich

Zusatzangaben für Pflegeversicherung erforderlich

Elterneigenschaft aufgrund Kinderberücksichtigungsgesetz (KiBG) nein ja (bitte fügen Sie einen Nachweis, z. B. Geburtsurkunde bei)

Sonstige Angaben

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

Name der Bank _____

IBAN _____ BIC (SWIFT) _____

Bitte informieren Sie meinen Arbeitgeber schriftlich, dass die **BKK ProVita** jetzt meine Krankenkasse ist. Ich werde meinen Arbeitgeber vorab mündlich über meine Mitgliedschaft in Kenntnis setzen. Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben.

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. _____

über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche (WIWO)

Bitte wenden →

Die BKK ProVita heißt Sie willkommen.



Mein Ehegatte ist selbst versichert

Nein, sie/er soll bei mir familienversichert werden.

Ja, bei _____

Die Kasse fürs Leben.

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
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

Service-Center Ansbach

Bahnhofstraße 4
91522 Ansbach
T 0981/188910-7
F 0981/188910-8890

Service-Center Augsburg

Annastraße 15
86150 Augsburg
T 0821/45013-0
F 0821/45013-8290

Service-Center Bergkirchen (GADA)

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

Service-Center Coburg

Hahnweg 116
96450 Coburg
T 09561/23721-7
F 09561/23721-8990

Service-Center Dassel

Hahnstraße 9
37586 Dassel
T 05564/999729
F 05564/999724

Service-Center Deggendorf

Luitpoldplatz 17
94469 Deggendorf
T 0991/250330-7
F 0991/250330-8490

Service-Center Hannover

Joachimstraße 1
30159 Hannover
T 0511/897037-0
F 0511/897037-7990

Service-Center Hennigsdorf

Havelpassage 5
16761 Hennigsdorf
T 03302/20858-7
F 03302/20858-8789

Service-Center Ingolstadt

Am Westpark 1
85057 Ingolstadt
T 0841/881355-0
F 0841/881355-8190

Service-Center Mitterteich

Bahnhofstraße 22
95666 Mitterteich
T 09633/40060-0
F 09633/40060-7890

Service-Center München

Rotkreuzplatz 8
80634 München
T 089/9541106-0
F 089/9541106-2990

Service-Center Nürnberg

Karolinenstraße 6
90402 Nürnberg
T 0911/42457-0
F 0911/42457-8790

Service-Center Schwandorf

Friedrich-Ebert-Straße 24
92421 Schwandorf
T 09431/75422-0
F 09431/75422-8390

Service-Center Schwarzenberg

Grünhainerstraße 12
08340 Schwarzenberg
T 03774/17645-8682
F 03774/17645-8690

Außendienstbüro Dessau-Roßlau

Karl-Liebknecht-Straße 22
06862 Dessau-Roßlau
T 034901/5426-58
F 034901/5426-61

Außendienstbüro Kempten

Memholz 28 1/2
87448 Waltenhofen
T 08303/92394-14
F 08303/92394-15

über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche (WIWO)

An

Bisherige Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Versichertennummer:
Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung
zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
Bitte bestätigen Sie mir dies innerhalb der nächsten 14 Tage.

Meine Adresse ist:

Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich
abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift