

## 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](mailto: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](http://www.kassensuche.de/datenschutz)  
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter [www.kassensuche.de/agb](http://www.kassensuche.de/agb)

# Ich möchte Mitglied werden!

zum .....



Die Kasse fürs Leben.

## Persönliche Angaben Frau 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

wöchentliche Arbeitszeit: .....

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](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).

## 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> 
---	--	--

über [gesetzlicheKrankenkassen.de](http://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