

# 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 vom Jobcenter (Ort): \_\_\_\_\_  Ich beziehe Leistungen der Agentur für Arbeit (Ort): \_\_\_\_\_

Ich bin an der Firma beteiligt  Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt  Ich bin selbständig erwerbstätig

Ich bin (Ruhestands-)Beamter  Ich beziehe Rente  Ich beziehe Versorgungsbezug

Bruttojahresverdienst **unter** 57.600 Euro jährlich / 4.800 Euro monatlich wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

Bruttojahresverdienst **über** 57.600 Euro jährlich

## Zusatzangaben für Pflegeversicherung erforderlich

Elterneigenschaft aufgrund Kinderberücksichtigungsgesetz (KiBiG)  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 XOND  Werbung  Internet

Ich wurde geworben von: XOND BD/Verm.Nr. \_\_\_\_\_

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! Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversiche- rung 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"/> 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 Gesund- heitskarte!)				
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 Berlin**  
Lychener Str. 20  
10437 Berlin  
T 030/8172946-0  
F 030/8172946-8790

**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 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 09633/40060-8900

**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**  
Bahnhofstraße 6  
92421 Schwandorf  
T 09431/75422-0  
F 09431/75422-8390

**Service-Center Wiesbaden**  
Bahnstraße 12  
65205 Wiesbaden  
T 0611/18686-0  
F 0611/18686-10

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

**Außendienstbüro Kempten**  
Memhölz 28 ½  
87448 Waltenhofen  
T 08303/92394-14  
F 08303/92394-15

**Außendienstbüro Köln**  
Luxemburger Str. 187  
50939 Köln  
T 0221/80054790  
F 0221/80054791

**Außendienstbüro Piding**  
Zwieselstr. 6  
83451 Piding  
T 08651/9057415  
F 08131/6133-9-1308

[Redacted]  
[Redacted]  
[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]  
[Redacted]  
[Redacted]  
[Redacted]

**Kündigung meiner Mitgliedschaft**, Versicherungsnummer: [Redacted]

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Kasse zum nächstmöglichen Termin.

Bitte senden Sie mir umgehend eine Kündigungsbestätigung und bescheinigen Sie mir die bei Ihnen zurückgelegten Versicherungszeiten.

Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)