

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)