

## 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://handelsblatt.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!



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 (VHB)**

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 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"/> 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 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](http://gesetzlicheKrankenkassen.de) / [Kassensuche](http://Kassensuche) (VHB)

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