



Anschrift und Sitz  
krankenkassennetz.de GmbH  
Waisenhausring 6  
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer  
Karsten Leidloff,  
Jürgen Kunze

Kontaktdaten  
Telefon : +49 (0)345 6826600  
Telefax : +49 (0)345 6826629  
E-mail : [info@krankenkassennetz.de](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkasseninfo.de](http://www.krankenkasseninfo.de)

Handelsregistereintrag  
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID  
DE 235 828 638

## Antrag auf Mitgliedschaft (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **BKK ProVita** ist für dich unkompliziert möglich. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen ([info@krankenkasseninfo.de](mailto:info@krankenkasseninfo.de)).

Die **BKK ProVita** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

**Achtung:** Wenn du nicht binnen 14 Tagen nach Beginn der Ausbildung eine Krankenkasse gewählt hast wirst du vom Ausbildungsbetrieb bei der Krankenkasse angemeldet, in der du bisher familienversichert warst. Die Krankenkasse deiner Eltern muss aber nicht immer auch die beste Krankenkasse für dich sein.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# Ich möchte Mitglied werden!

zum .....

krankenkassennetz.de GmbH

**Hauptverwaltung:**  
Münchner Weg 5  
85232 Bergkirchen (GADA)  
T 08131/6133-0  
F 08131/6133-2290

**Kostenfreie Hotline:**  
0800/6648808

**info@bkk-provita.de**  
**www.bkk-provita.de**



Die Kasse fürs Leben.

**Newsletter**  ja  nein

<b>Persönliche Angaben</b>	Name		Geburtsdatum		Geburtsort			
	Vorname		ggf. Geburtsname		Staatsangehörigkeit			
	Straße, Nr.		Geschlecht <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d		Familienstand			
	PLZ	Ort		<input type="radio"/> Ich beantrage einen Sozialversicherungsausweis.				
	Telefon/Handy*		<b>Bankverbindung</b>		<input type="radio"/> nur zur Erstattung von Leistungen		<input type="radio"/> zur Abbuchung von Beiträgen	
	E-Mail*		IBAN					
	Sozialversicherungsnummer		BIC		Name der Bank			

<b>Arbeitnehmer:in/ Leistungsbezieher:in</b>	Ich bin						
	<input type="radio"/> Arbeitnehmer:in		<input type="radio"/> Auszubildende:r		<input type="radio"/> Saisonarbeiter:in		
<input type="radio"/> Arbeitslosengeldbezieher:in		<input type="radio"/> Arbeitslosengeld II-bezieher:in		<input type="radio"/> Werkstudent:in		<input type="radio"/> geringfügig beschäftigt	

<b>Arbeitnehmer:in/ Leistungsbezieher:in</b>	Bitte tragen Sie folgend die Daten Ihres Arbeitgebers/der Agentur für Arbeit/ des Jobcenters ein:		<b>weitere Angaben zur Beschäftigung</b>				
	Name		beschäftigt seit		wöchentliche Arbeitszeit		
	Straße, Nr.		<input type="radio"/> Ich übe eine weitere Beschäftigung aus.				
	PLZ	Ort		<input type="radio"/> Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt.			
	Kundennummer bei Leistungsbezieher:innen		Leistungsbezug seit		<input type="radio"/> Ich bin an der Firma mit ..... % beteiligt.		
<input type="radio"/> Mein Einkommen liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze.							

<b>weitere Einkünfte/ Personenkreise</b>	<input type="radio"/> haupt-, neben-, beruflich Selbstständige:r (Seite 2 Pkt. 1.1. + 1.2. ausfüllen)		<input type="radio"/> Künstler:in Publizisten nach dem Künstler-sozialversicherungs-gesetz		<input type="radio"/> Schüler:in (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen; Schul-bescheinigung beifügen)		<input type="radio"/> Rentenbezug (Seite 2 Pkt. 1.3. ausfüllen; bei frei-williger Versicherung Pkt. 1.2.)		<input type="radio"/> Versorgungsbezug (Seite 2 Pkt. 1.3. ausfüllen; bei frei-williger Versicherung Pkt. 1.2.)		<input type="radio"/> Rentenanspruch (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)	
	<input type="radio"/> Student:in (Immatrikulations-bescheinigung beifügen)		<input type="radio"/> (Ruhestands-) Beamtin/Beamter (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)		<input type="radio"/> Erwerbslose:r (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)		<input type="radio"/> Hausfrau/Hausmann (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)		<input type="radio"/> Sozialhilfe-empfänger:in (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)			

<b>sonstige Angaben</b>	Versicherungsart bisher <input type="radio"/> pflichtversichert <input type="radio"/> freiwillig versichert <input type="radio"/> familienversichert <input type="radio"/> privat krankenversichert <input type="radio"/> im Ausland versichert					
	versichert bei		von		bis	
	<input type="radio"/> Ich wurde von der Krankenversicherungspflicht befreit. <b>Bitte Nachweis beifügen.</b>					
Mein:e Ehegatte:in / Lebenspartner:in (LpartG) <input type="radio"/> ist Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse <input type="radio"/> ist Versicherungsnehmer:in der privaten Krankenversicherung						
<input type="radio"/> Ich habe Familienangehörige, die ich gerne kostenfrei bei mir mitversichern möchte. <b>Bitte füllen Sie den Antrag auf Seite 3 aus.</b>						

Wie konnten wir Sie von uns begeistern?*	<input type="radio"/> Naturheilverfahren	<input type="radio"/> Nachhaltigkeit	Ich wurde geworben von:		
	<input type="radio"/> Osteopathie	<input type="radio"/> pflanzliche Arzneimittel			
	<input type="radio"/> Ernährung	<input type="radio"/> Bonusprogramm			

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?*	<input type="radio"/> Website	<input type="radio"/> Zeitung/Radio	<input type="radio"/> Messe	<input type="radio"/> Leistungserbringer
	<input type="radio"/> Arbeitgeber	<input type="radio"/> Social Media Kanäle	<input type="radio"/> Familie/Freunde	<input type="radio"/> Internetportale/Foren

<b>Datenschutzhinweis:</b> Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 94 SGB XI). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir bestätigen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <a href="http://www.bkk-provita.de/datenschutz">www.bkk-provita.de/datenschutz</a> .	<b>Einwilligung:</b> Ich bin damit einverstanden, dass die <b>BKK ProVita</b> meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der <b>BKK ProVita</b> sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der <b>BKK ProVita</b> zu informieren und zu beraten und um Meinungsforschung durchführen zu können, auch per E-Mail oder Telefon. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.
--	---

Ort und Datum	Unterschrift
---------------	--------------

\* freiwillige Angaben

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice BKK ProVita  
Waisenhausring 6  
06108 Halle (Saale)

### ... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

