



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
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Um nun Mitglied in der **BKK ProVita** zu werden, gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail (info@krankenkasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **BKK ProVita** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **BKK ProVita** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **BKK ProVita** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **BKK ProVita** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Ich möchte Mitglied werden!

Hauptverwaltung:
Münchner Weg 5
85232 Bergkirchen (GADA)



zum

Die Kasse fürs Leben.

krankenkassennetz.de GmbH

Newsletter ja nein

Persönliche Angaben	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*		Bankverbindung		<input type="radio"/> nur zur Erstattung von Leistungen	
	E-Mail*		IBAN		<input type="radio"/> zur Abbuchung von Beiträgen	
	Sozialversicherungsnummer		BIC	Name der Bank		

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

weitere Einkünfte/ Personenkreise	<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)			

sonstige Angaben	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. Bitte Nachweis beifügen. 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. Bitte füllen Sie den Antrag auf Seite 3 aus.					

Wie konnten wir Sie von uns begeistern?*	<input type="radio"/> Naturheilverfahren	<input type="radio"/> Nachhaltigkeit
	<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

<p>Datenschutzhinweis: 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 www.bkk-provita.de/datenschutz.</p>	<p>Einwilligung: Ich bin damit einverstanden, dass die BKK ProVita meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der BKK ProVita sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der BKK ProVita 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.</p>
--	---

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.

