



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

Guten Tag,

vielen Dank für das entgegengebrachte Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **BKK ProVita** unkompliziert möglich.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und dem Mitteilungsschreiben deiner alten Krankenkasse über die Beendigung der Familienversicherung im Freiumschatz 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.

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*		<b>Bankverbindung</b>		<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"/> Werkstudent:in	<input type="radio"/> geringfügig beschäftigt	
	<input type="radio"/> Arbeitslosengeldbezieher:in		<input type="radio"/> Arbeitslosengeld II-bezieher:in			

Arbeitnehmer:in/ Leistungsbezieher:in	Bitte tragen Sie folgend die Daten Ihres Arbeitgebers / Agentur für Arbeit / Jobcenters ein:			<b>weitere Angaben zur Beschäftigung</b>		
	Name		beschäftigt seit		wöchentliche Arbeitszeit	
	Straße, Nr.		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	PLZ	Ort	<input type="radio"/> Ich übe eine weitere Beschäftigung aus.			
	Kundennummer bei Leistungsbezieher:innen		Leistungsbezug seit		<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. <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				
	<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 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.
--	--

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.**

