



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

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 (juergen.kunze@krankenkassennetz.de).

Die **BKK ProVita** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Ich möchte Mitglied werden!



Die Kasse fürs Leben.

zum _____ (Bitte Datum eintragen)

Persönliche Angaben

Name _____ männlich

Vorname _____ weiblich

ledig verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft (LpartG)

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

ggf. Geburtsname _____ Staatsangehörigkeit _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon tagsüber (freiwillige Angabe) _____ E-Mail (freiwillige Angabe) _____

Newsletter ja nein

Versicherungsnummer (diese finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte) _____ Sozialversicherungsnummer _____

Angaben zum Studium

Name der Hochschule (bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen) _____ Studienort _____

Ich habe mich von der Versicherungspflicht als Student befreien lassen (Bitte Bescheid beifügen) nein ja

Angaben zur Zusatztätigkeit

Neben dem Studium stehe ich in einem Arbeitsverhältnis nein ja Name der Firma _____ wöchentliche Arbeitszeit (Std.) _____

Neben dem Studium übe ich eine selbständige Tätigkeit aus nein ja, ab _____ wöchentliche Arbeitszeit (Std.) _____

Ich beschäftige Arbeitnehmer nein ja, Anzahl _____

Ich beziehe Rente/Versorgungsbezug (Bitte Kopie des Rentenbescheids beifügen)

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

Ein Sozialversicherungsausweis liegt mir bereits vor bzw. wurde bereits beantragt ja nein

Bankverbindung

Bitte beachten Sie, dass der Beitrag für das Semester im voraus zu entrichten ist, sofern keine Einzugsermächtigung erteilt wird.

Name der Bank _____ IBAN _____ BIC (Swift) _____

Ich willige ein, dass die BKK ProVita die Höhe der jährlich gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an das Finanzamt meldet, so dass diese steuerlich berücksichtigt werden können nein ja, meine Steueridentifikationsnummer lautet _____

Ich bitte Sie, meinem Arbeitgeber über die Ausübung des Wahlrechts (Beitritt zur BKK ProVita) eine Bescheinigung zukommen zu lassen.

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. Die Beantwortung der Fragen ist aufgrund der Rechtsvorschriften erforderlich. Die Angabe der Telefon-Nummer/E-Mail-Adresse ist freiwillig.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Arbeitgeber Familie Freunde/Bekannte Sonstiges _____ Werbung Internet

Ich wurde geworben von: **krankenkassennetz.de GmbH** 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 09633/40060-8990

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

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 und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

