

Mitglied werden bei der BKK ProVita

Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

Schritt 1 von 2:

Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen und unterschreiben

Eine Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich! Die neu von Ihnen gewählte Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir und die neue Krankenkasse kümmern uns um alles Weitere. **WICHTIG:** Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen:

- per Direkt-Upload: Bitte alle Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://www.zusatzbeitrag2023.de/antrag/318>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
- per Fax: Bitte kostenfrei an die Nummer **0800-1003038** faxen
- per Post: Bitte schicken an:

Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt

Schritt 2 von 2:

Arbeitgeber informieren

Sofern Sie angestellt tätig sind, müssen Sie bitte Ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über Ihre Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse informieren. Das können Sie ganz einfach mit dem Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigen. **Bitte beachten Sie:** Dieses Schreiben muss **direkt von Ihnen** an Ihren Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

Geschafft! Sie erhalten in Kürze die Mitgliedschaftsbestätigung von Ihrer neuen Krankenkasse.

Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse die Bestätigung der Mitgliedschaft mit Beginndatum. Dieses Beginndatum teilen Sie dann bitte noch Ihrem Arbeitgeber mit und können dann alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen.

Hinweise: Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben. Aufgrund der notwendigen Verarbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen kann es bei einer Antragstellung in den letzten Tagen eines Monats passieren, dass die vorherige Kasse erst im Folgemonat über die Kündigung informiert wird und sich dadurch der Wechsel um einen Monat verschiebt. Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

Datenschutz: Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.
Mehr Infos auf www.kassensuche.de/datenschutz
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

Ich möchte Mitglied werden!



zum
über gesetzlicheKrankenkassen.de

Die Kasse fürs Leben.

Newsletter ja nein

Persönliche Angaben	Name		Geburtsdatum		Geburtsort	
	Vorname		ggf. Geburtsname		Geburtsland	
	Straße, Nr.		Familienstand		Staatsangehörigkeit	
	PLZ	Ort	<input type="radio"/> Ich beantrage einen Sozialversicherungsausweis.		Geschlecht <input type="radio"/> <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d	
	Telefon/Handy*		Bankverbindung <input checked="" type="radio"/> nur zur Erstattung von Leistungen		<input checked="" type="radio"/> zur Abbuchung von Beiträgen	
	E-Mail*		IBAN			
	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 / der Agentur für Arbeit / des Jobcenters ein:		weitere Angaben zur Beschäftigung			
	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.						

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	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

<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
---------------	--------------

Wechselmitteilung an Arbeitgeber

An:

Arbeitgeber

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Absender:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Meine Personalnummer: Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

versichert sein.

Nach Bestätigung durch die neue Krankenkasse werde ich Ihnen das genaue Wechseldatum mitteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift