



Jetzt noch bequemer:
unser Online-Aufnahmeantrag



Die Kasse fürs Leben.



BKK ProVita –
Natürlich gesund leben.

Nachhaltig. Ganzheitlich. Bewusst.

www.bkk-provita.de

Gesundheit fängt bei Ihnen selbst an. Entscheiden Sie sich für die BKK ProVita – Die Kasse fürs Leben.

Prämien- und Bonusvorteile

Vorteil bis zu
200 EUR

BKK TarifPlus: Sie benötigen keine oder nur wenige Leistungen? In unserem Wahltarif erhalten Sie einen Teil Ihrer Beiträge zurück.

Die Bonusprogramme BKK *BonusVorsorge* und BKK *BonusPlus* belohnen gesundheitsbewusstes Verhalten – auch schon bei Kindern.

Vorteil **5 EUR**
für jede Maßnahme

BKK BonusVorsorge: Sie erhalten direkt einen Geldbonus von 5 EUR für jede erbrachte Vorsorge-Maßnahme (z. B. zahnärztliche Vorsorge, ärztliche Gesundheitsuntersuchung usw.). Für jede U- oder J1-Untersuchung bei Kindern sogar 20 EUR.

Vorteil bis zu
200 EUR

BKK BonusPlus: Am Ende des Jahres werden Sie je nach der Anzahl der erfüllten Maßnahmen mit einem Geldbonus von maximal 200 EUR belohnt.

Aktiv gewinnt

Vorteil bis zu
150 EUR

Präventionsreisen: Genießen Sie die ideale Kombination aus Gesundheitsvorsorge und Erholung. Mit unseren Präventionsreisen erhalten Sie einen Zuschuss von bis zu 150 EUR, wenn Sie erfolgreich am § 20 SGB V Gesundheitsprogramm teilnehmen.

Vorteil bis zu
227 EUR

Gesundheitskurse: Wir beteiligen uns an den Kosten für Yoga, Nordic Walking & Co.: Sie erhalten von uns für bis zu zwei Gesundheitskurse 227 EUR pro Jahr (max. 80 % der Kosten), sofern diese nach § 20 SGB V zertifiziert sind.

Mehrleistungen

Homöopathie: Wir übernehmen die Kosten für homöopathische Behandlungen bei bundesweit rund 900 Ärzten.

Alternative Arzneimittel: Wir beteiligen uns an den Kosten für alternative Arzneimittel der Homöopathie, Anthroposophie und Phytotherapie (z. B. Globuli, Sinupret®, Calmvalera, Meditonsin® und Schüßler-Salze).

Osteopathie: Wir beteiligen uns an den Kosten für osteopathische Behandlungen.

Akupunktur: Die Kosten für Akupunkturbehandlungen werden bei Beschwerden im Lendenwirbelsäulenbereich oder bei Arthrose im Kniegelenk direkt über die Gesundheitskarte abgerechnet.

Reiseschutz: Wir bezuschussen die für Urlaubsländer empfohlenen Schutzimpfungen.

Ich möchte Mitglied werden!

zum

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



Ihr Ansprechpartner:
Ludwig Eibl
Tel.: **0841/881355-8120**

Die Kasse fürs Leben.

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

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"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d	
	Telefon/Handy*		Bankverbindung <input type="radio"/> nur zur Erstattung von Leistungen		<input 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"/> Arbeitslosengeldbezieher:in		<input type="radio"/> Arbeitslosengeld II-bezieher:in		<input type="radio"/> Werkstudent:in		
<input type="radio"/> geringfügig beschäftigt						

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="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.	

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; Schulbescheinigung beifügen)		<input type="radio"/> Rentenbezug (Seite 2 Pkt. 1.3. ausfüllen; bei freiwilliger Versicherung Pkt. 1.2.)		<input type="radio"/> Versorgungsbezug (Seite 2 Pkt. 1.3. ausfüllen; bei freiwilliger Versicherung Pkt. 1.2.)		<input type="radio"/> Rentenanspruch (Seite 2 Pkt. 1.2. ausfüllen)	
	<input type="radio"/> Student:in (Immatrikulationsbescheinigung 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"/> Sozialhilfeempfänger: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) ist Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist Versicherungsnehmer:in der privaten Krankenversicherung

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	Amway Geschäftspartnernummer:		
	<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

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 .	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.
--	---

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

* freiwillige Angaben

Wichtige Informationen zur Beitragseinstufung

Pkt. 1.1. Selbständigkeit (Bitte Kopie der Gewerbeanmeldung beifügen.)

Ich übe eine	<input type="radio"/> hauptberuflich selbständige Tätigkeit aus <input type="radio"/> nebenberuflich selbständige Tätigkeit aus	seit	als	wöchentliche Arbeitszeit
Anzahl der Beschäftigten	Entgelt aller Beschäftigten übersteigt die Geringfügigkeitsgrenze (nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV)			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ich wähle	<input type="radio"/> gesetzliches Krankengeld gegen Zahlung des allgemeinen Beitragssatzes.	<input type="radio"/> den Wahltarif Krankengeld u. bitte um weitere Informationen.		
<input type="checkbox"/> bei nebenberuflich selbständiger Tätigkeit (unter 20 Arbeitsstunden wöchentlich):	<input type="checkbox"/> die Einnahmen aus der selbständigen Tätigkeit sind die einzigen Einnahmen	<input type="checkbox"/> mein Lebensunterhalt wird außerdem bestritten durch (z. B. Unterstützung Ehegatten, Lebenspartner, Eltern durch freie Kost & Logis oder sonstige Einnahmen wie z. B. Unterhalt, Kindergeld)		

Pkt. 1.2. Einkommenserklärung freiwillige Versicherung/Rentenantragsteller

(Art und Höhe der Einnahmen)

	der/des Versicherten		der/des Ehegatte:in / Lebenspartner:in (LpartG) (wenn nicht gesetzlich versichert)	
	monatlich €	jährlich €	monatlich €	jährlich €
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, Veräußerungsgewinne, Beteiligungen Bitte letzten Einkommenssteuerbescheid beifügen.				
Arbeitsentgelte aus einer Beschäftigung (Bruttolohn/Bruttogehalt, Sachbezüge, Provisionen, Vorruhestandsgehalt u. ä.) Bitte Gehaltsabrechnung beifügen.				
Einmalzahlungen (z. B. Urlaubs-, Weihnachtsgeld) Bitte Nachweis beifügen.				
Renten (z. B. Alters-, Hinterbliebenen- u. Unfallrenten, ausländische Renten) Bitte Kopie des Rentenbescheids beifügen.				
Versorgungsbezüge (z. B. Pensionen, Betriebs- u. Zusatzrenten) Bitte Kopie des Bescheids beifügen.				
Dienstbezüge als Beamtin/Beamter Bitte Kopie Bezügemittelung beifügen.				
Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung Bitte letzten Einkommensteuerbescheid beifügen.				
Einkünfte aus Kapitalvermögen ohne Abzug des Sparerfreibetrages bzw. Werbungskostenpauschbetrages Bitte letzten Einkommensteuerbescheid beifügen.				
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (ohne Kindergeld und Wohngeld), Unterhaltsgeld				
Hilfe zum Lebensunterhalt (z. B. Sozialhilfe, Grundsicherung) Bitte Bescheid beifügen.				
Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit Bitte Nachweis beifügen.				
Abfindung wegen Ende der Beschäftigung Bitte Vereinbarung beifügen.				
Sonstige Einnahmen / Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:				

Angaben zur Pflegeversicherung Haben Sie Kinder? Kinderberücksichtigungsgesetz (KiBG)

nein

ja Bitte Nachweis beifügen.

Pkt. 1.3. Einkommenserklärung Rentner

(Art und Höhe der Einnahmen des Versicherten)

	Zutreffendes bitte ankreuzen!		monatlich €	jährlich €
Renten (z. B. Alters-, Hinterbliebenen- u. Unfallrenten) Bitte Kopie des Rentenbescheids oder die letzte Renten Anpassungsmittelung beifügen.	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Ausländische Renten Bitte Nachweis beifügen.	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Private Rente Bitte Nachweis beifügen.	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Versorgungsbezüge (z. B. Pensionen, Betriebs- u. Zusatzrenten) Bitte Kopie des Bescheids beifügen.	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Kapitalleistungen (Direktversicherung)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Einkünfte aus Gewerbebetrieb (z. B. Photovoltaikanlage) Bitte letzten Einkommensteuerbescheid als Nachweis beifügen.	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit Bitte letzten Einkommensteuerbescheid als Nachweis beifügen.	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft Bitte letzten Einkommensteuerbescheid als Nachweis beifügen.	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Höhe:		

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z. B. Steuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller:in

Ihr Antrag auf Familienversicherung



Mein:e Ehepartner:in ist selbst versichert Nein, sie/er soll bei mir familienversichert werden.
 Ja, bei

Die Kasse fürs Leben.

Wichtig!* Angaben für Ehepartner:in bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll.	Für folgende Personen beantrage ich beitragsfreie Familienversicherung:			
	Ehepartner:in*	1. Angehörige:r	2. Angehörige:r	3. Angehörige:r
Vorname				
Geschlecht	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d
Familienname (falls abweichend)		Falls abweichend, bitte als Nachweis Geburts- bzw. Heiratsurkunde einreichen.		
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Geburtsland				
Verwandtschaftsverhältnis		<input type="radio"/> leibl. Kind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Enkelkind <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> leibl. Kind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Enkelkind <input type="radio"/> Pflegekind	<input type="radio"/> leibl. Kind <input type="radio"/> Stiefkind <input type="radio"/> Enkelkind <input type="radio"/> Pflegekind
Ist der:die Ehepartner:in mit dem Kind verwandt?		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Anschrift (falls abweichend)				
Sozialversicherungsnummer				

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen

Wird eine selbständige Tätigkeit ausgeübt? Gewinn aus selbständiger Tätigkeit (monatlich):	<input type="radio"/> ja €			
Bitte Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides beifügen!				
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich): € € € €
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, ausländische Renten, sonstige Renten (monatlich): € € € €
Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts (monatlich): € € € €
z.B. Bruttogehalt vers.pfl. Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung, aus Kapitalvermögen etc.				
Schule/Studium bis				
Wehr- oder Zivildienst	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
bisherige Krankenkasse				

Bitte entsprechende Nachweise beifügen. Danke.

Besteht bei der:dem Ehepartner:in eine private Krankenversicherung, 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:			
..... Ort, Datum Unterschrift Antragsteller:in Unterschrift Ehepartner:in Unterschrift Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben

Nachhaltig. Ganzheitlich. Bewusst.



Gemeinsam für eine gesunde Welt.

Eine intakte Umwelt ist Grundvoraussetzung für unser körperliches und seelisches Wohl. Denn nur wenn es dem Planeten gut geht, kann es auch den Menschen gut gehen, die darauf leben. Deshalb setzen wir von der BKK ProVita uns nicht nur für das ganzheitliche Wohlergehen des Menschen ein, sondern nehmen darüber hinaus in besonderem Maße Rücksicht auf die Umwelt.

Die BKK ProVita ist:

- die erste klimaneutrale Krankenkasse,
- die erste Krankenkasse mit Gemeinwohl-Bilanz für Nachhaltigkeit und Soziales,
- die erste Krankenkasse, die eine pflanzenbasierte Ernährung unterstützt.

Sie können viel dafür tun, gesund zu leben. Ein achtsamer, guter Umgang mit sich selbst ist der Schlüssel zum Wohlbefinden. Wir von der BKK ProVita verstehen uns als starken Partner unserer Versicherten, die wir mit vielfältigen Programmen und Anreizen unterstützen, ihr Leben gesundheitsbewusst und nachhaltig mitzugestalten.

Wir kümmern uns auch um die Gesundheit des Planeten und nehmen deshalb in allen Geschäftsbereichen Rücksicht auf die Belange der Umwelt.



Unsere Gemeinwohl-Bilanzen beweisen unser ökologisches & soziales Engagement.



Wir drucken auf nachhaltigem Papier.



Wir beziehen konsequent Ökostrom.



Wir handeln klimaneutral.



Wir fördern eine pflanzenbasierte Ernährung.

BKK ProVita

Münchner Weg 5
85232 Bergkirchen

Kostenfreies Servicetelefon

Tel.: 0800 664 8808
Fax: 08131 6133-2290

info@bkk-provita.de

www.bkk-provita.de



Online-Aufnahmeantrag