

MEMBERSHIP APPLICATION

AUFNAHMEANTRAG

Yes, as of
Ja, ich möchte zum

I would like to become a member of pronova BKK.
Mitglied der pronova BKK werden.

Personal details
Persönliche Angaben

First name Vorname, Last name Name

Street, house no. Straße, Nr.

Name at birth Geburtsname

Postal code, city PLZ, Wohnort

Date/Place of birth Geburtsdatum/Geburtsort

Phone Telefon

Email E-Mail

Mobile phone Mobilnummer

Nationality Staatsangehörigkeit

Civil status Familienstand

Social security number (if known) Rentenversicherter-Nummer (soweit bekannt)

Sex Geschlecht male männlich female weiblich other diverse

Details on the employment
Angaben zum Arbeitsverhältnis

employed as of/since ... Beschäftigt ab/seit ...

Job title Berufsbezeichnung

Employer Arbeitgeber

I am Ich bin Employee Arbeitnehmer/in

Trainee Auszubildende/r

Voluntarily insured person (we will contact you via phone) Freiwillig Versicherte/r (wir nehmen telefonisch mit Ihnen Kontakt auf)

Self-employed person (we will contact you via phone) Selbstständige/r (wir nehmen telefonisch mit Ihnen Kontakt auf)

Student (please enclose enrolment certificate) Student/in (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)

Pensioner (please enclose pension statement) Rentner/in (bitte Rentenbescheid beilegen)

Jobseeker as of (please enclose unemployment benefit notice) Arbeitsuchend ab (bitte Arbeitslosengeldbescheid beilegen)

Street, house no. Straße, Nr.

Postal code, city PLZ, Ort

Phone and contact person (if known) Telefon und Ansprechpartner (sofern bekannt)

Are you employed in Germany for the first time? Erstmals in Deutschland beschäftigt? yes ja no nein

Previous health
Bisherige Krankenkasse

Name of insurance company Name der Kasse

Family insurance Familienversicherung

I wish to co-insure family members (family insurance) Ich habe Angehörige mitzuversichern (Familienversicherung).

yes ja no nein

Tip: Fill in the application form for family insurance. Tipp: Direkt Antrag auf Familienversicherung ausfüllen.

Postal PLZ, Ort

Insurance period Versicherungszeitraum from von to bis

Insured as Versichert compulsory insured Pflichtversicherte/r voluntarily insured Freiw. Versicherte/r co-insured person Fam.-Versicherte/r als

privately insured Privat Versicherte/r person insured abroad Im Ausland Versicherte/r

Informed Consent Einverständniserklärung

I agree to pronova BKK informing or advising me about its products and services via telephone. Ich bin damit einverstanden, dass die pronova BKK mich telefonisch über ihre Produkte und Leistungen informiert bzw. berät.

Note: This voluntary information can be revoked at any time. Hinweis: Diese freiwilligen Angaben können jederzeit widerrufen werden.

Membership
Mitgliedschaft

Place, date, signature of the new member Ort, Datum, Unterschrift neues Mitglied

Yes, I am a member of pronova BKK and have recruited the above-mentioned member: Ja, ich bin Mitglied der pronova BKK und habe das oben genannte Mitglied geworben:

My bonus: EUR 25 (please specify IBAN)
Meine Prämie: 25 Euro (bitte IBAN angeben)

First name Vorname

Last name Name

Health insurance number Krankenversicherungsnummer unknown nicht bekannt

Yes, I (new member) have been referred to pronova BKK by the member named on the left. Ja, ich (Neumitglied) wurde von dem links genannten Mitglied für die pronova BKK geworben.

Place, date, signature of the referrer Ort, Datum, Unterschrift des Werbers

Place, date, signature of the referred Ort, Datum, Unterschrift des Geworbenen

Referral programme
Aktion Freundschaftswerbung

Privacy notice: Your data will be processed for the purpose of clarifying the insurance relationship in accordance with Sect. 5 et seq. SGB V and for collecting contributions in accordance with Sect. 226 et seq. SGB V and Sect. 57 SGB XI. The data will be stored by pronova BKK for 9 years. The data in connection with the insurance relationship (Sect. 288 SGB V et seq. and Sect. 99 SGB XI) will be stored for 30 years maximum. You have the right to access, rectification, deletion, restriction of processing and data portability, insofar as the statutory requirements have been fulfilled. You may file a complaint against the processing of your personal data with us or with the Federal Commissioner for Data Protection and Freedom of Information. You may contact our data protection officer at datenschutz@pronovabkk.de or pronova BKK, Datenschutz, Horst-Henning-Platz 1, 51373 Leverkusen, Germany.

Datenschutzhinweis: Die Verarbeitung deiner Daten erfolgt zum Zweck der Klärung des Versicherungsverhältnisses nach §§ 5 ff. SGB V und zur Beitragserhebung nach §§ 226 ff. SGB V, 57 SGB XI. Die pronova BKK speichert diese Daten für 9 Jahre. Die mit dem Versicherungsverhältnis zusammenhängenden Daten (§§ 288 SGB V, 99 SGB XI) werden für höchstens 30 Jahre gespeichert. Du hast, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Gegen die Verarbeitung deiner persönlichen Daten kannst du bei uns oder bei der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Beschwerde einlegen. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichst du unter datenschutz@pronovabkk.de oder pronova BKK, Datenschutz, Horst-Henning-Platz 1, 51373 Leverkusen.