

Demande d'adhésion Aufnahmeantrag

pronova BKK

Partner für Ihre Gesundheit

Oui, je souhaite

Ja, ich möchte zum

devenir membre de la pronova BKK.

Mitglied der pronova BKK werden.

Données personnelles
Persönliche Angaben

Prénom/Nom Vorname/Name

Rue, n° Straße, Nr.

Nom de naissance Geburtsname

Code postal, localité PLZ, Wohnort

Date de naissance/Lieu de naissance Geburtsdatum/Geburtsort

Téléphone Telefon

Numéro d'assurance vieillesse (si connu) Rentenversicherter-Nummer (soweit bekannt)

E-mail E-Mail

Nationalité Staatsangehörigkeit

État civil Familienstand

BIC

Sexe Geschlecht

IBAN

DE

Code bancaire BLZ

N° de compte Kto-Nr.

Informations concernant la situation professionnelle
Angaben zum Arbeitsverhältnis

Employeur Arbeitgeber

Je suis salarié(e) Arbeitnehmer/in

Ich bin Apprenti(e) Auszubildende/r

Rue, n° Straße, Nr.

Assuré volontaire (nous vous contacterons par téléphone)
Freiwillig Versicherte/r (wir nehmen telefonisch mit Ihnen Kontakt auf)

Code postal, localité PLZ, Ort

Indépendant(e) (nous vous contacterons par téléphone)
Selbstständige/r (wir nehmen telefonisch mit Ihnen Kontakt auf)

Téléphone et interlocuteur (si connu) Telefon und Ansprechpartner (sofern bekannt)

Étudiant(e) (merci de joindre votre certificat de scolarité)
Student/in (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)

Employé à partir de/depuis ... Beschäftigt ab/seit ...

Retraité(e) (merci de joindre votre attestation de retraite)
Rentner/in (bitte Rentenbescheid beilegen)

Premier emploi en Allemagne? Oui ja Non nein

Erstmalig in Deutschland beschäftigt?

Oui ja Non nein

Demandeur d'emploi à partir du N° client
Arbeitssuchend ab Kd.-Nr.

Lieu de l'agence Ort der Agentur

Titre professionnel Berufsbezeichnung

Période de couverture Versicherungszeitraum du von au bis

Type d'assurance Assurance obligatoire Pflichtversicherte/r

Versichert Assurance volontaire Freiwillig Versicherte/r

als Assurance familiale Familienversicherte/r

Nom de la caisse Name der Kasse

Rue, n° Straße, Nr.

Code postal, localité PLZ, Ort

Mon (ma) conjoint(e) est couvert(e) par une autre assurance maladie et serait intéressé(e) par une adhésion à la pronova BKK. Mein Ehegatte ist selbst Mitglied einer anderen Krankenkasse und interessiert sich für eine Mitgliedschaft bei der pronova BKK.

Je souhaite assurer avec moi des membres de ma famille (assurance familiale)
Ich habe Angehörige mitzuversichern (Familienversicherung)

Oui ja Non nein

Oui ja nom/prénom Name/Vorname
 Non nein

Une attestation de résiliation auprès de la caisse d'assurance maladie actuelle
Eine Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse ist

est jointe beigefügt sera fournie ultérieurement wird nachgereicht

Lieu, date, signature du nouveau membre Ort, Datum, Unterschrift neues Mitglied

Action « Parrainage » Aktion „Freundschaftswerbung“

Oui, j'ai parrainé le nouveau client ci-dessus et suis moi-même membre de la pronova BKK : Ja, ich bin Mitglied der pronova BKK und habe das unten genannte Mitglied geworben:

Nom Name

Prénom Vorname

Numéro d'assuré Krankenversicherter-Nummer

Date, signature du parrain/de la marraine Ort, Datum, Unterschrift des Werbers

Veuillez cocher la prime souhaitée : Lot annuel de l'Aktion Mensch
Mein Prämienwunsch: Jahreslos „Aktion Mensch“

Prime monétaire de 20 euros (veuillez indiquer votre IBAN)
Geldprämie 20 Euro (Bitte IBAN angeben)

IBAN

DE

Code bancaire BLZ

N° de compte Kto-Nr.

Oui, je fus recruté par le membre cité ci-dessus par la pronova bkk : Ja, ich wurde von dem oben genannten Mitglied für die pronova BKK geworben:

Nom Name

Prénom Vorname

Date de naissance Geburtsdatum

Lieu, date, signature du nouveau membre Ort, Datum, Unterschrift des Geworbenen