

# 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 au sein de l'UE ?  
Erstmalig in der EU beschäftigt?

Oui ja

Non nein

Demandeur d'emploi à partir du  
Arbeitssuchend ab

N° client  
Kd.-Nr.

Titre professionnel Berufsbezeichnung

Lieu de l'agence Ort der Agentur

Caisse d'assurance  
maladie actuelle  
Bisherige Krankenkasse

Nom de la caisse Name der Kasse

Période de couverture Versicherungszeitraum du von au bis

Rue, n° Straße, Nr.

Type d'assurance  Assurance obligatoire Pflichtversicherte/r

Versichert  Assurance volontaire Freiwillig Versicherte/r

als  Assurance familiale Familienversicherte/r

Code postal, localité PLZ, Ort

Assurance familiale  
Familienversicherung

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

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.

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 :  
Mein Prämienwunsch:

Bon mydays d'une valeur de 20 euros  
mydays Gutschein (20 Euro)

Lot annuel de l'Aktion Mensch  
Jahreslos „Aktion Mensch“

Prime monétaire de 25 euros (veuillez indiquer votre IBAN)  
Geldprämie 25 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