

Membership application Aufnahmeantrag

pronovaBKK

Partner für Ihre Gesundheit

Yes, I want to become a member of pronova BKK as of
Ja, ich möchte Mitglied der pronova BKK werden zum

Personal details
Persönliche Angaben

First name/Family name Vorname/Name	Address Straße, Nr.
Name at birth Geburtsname	Postal code, city PLZ, Wohnort
Date and place of birth Geburtsdatum/Geburtsort	Phone no. Telefon
Social security no. Rentenversicherten-Nummer (soweit bekannt)	E-mail E-Mail
Nationality Staatsangehörigkeit	Marital status Familienstand
BIC	Sex Geschlecht
IBAN DE Bank sort code BLZ	Bank account number Kto-Nr.

Employer details
Angaben zum Arbeitsverhältnis

Employer Arbeitgeber	I am Employee Arbeitnehmer/in Ich bin
Address Straße, Nr.	Trainee Auszubildende/r
Postal code, city PLZ, Ort	Voluntarily insured Freiwillig Versicherte/r (wir nehmen telefonisch mit Ihnen Kontakt auf)
Phone no. and contact Telefon und Ansprechpartner (sofern bekannt)	Freelancer Selbstständige/r (wir nehmen telefonisch mit Ihnen Kontakt auf)
Employed since Beschäftigt ab/seit ...	Student (please attach certificate of enrolment) Student/in (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)
Employed in Germany for the first time? Erstmalig in Deutschland beschäftigt? <input type="checkbox"/> Yes ja <input type="checkbox"/> No nein	Retiree (please attach pension approval certificate) Rentner/in (bitte Rentenbescheid beilegen)
Profession Berufsbezeichnung	Unemployed since Arbeitssuchend ab No. Kd.-Nr.
Name of health insurance provider Name der Kasse	Location of the agency Ort der Agentur

Previous insurance
Bisherige Krankenkasse

Address Straße, Nr.	Period of insurance Versicherungszeitraum from von to bis
Postal code, city PLZ, Ort	Insured Versichert als
I have family members to be included at the family insurance: Ich habe Angehörige mitzuversichern (Familienversicherung). <input type="checkbox"/> Yes ja <input type="checkbox"/> No nein	Compulsorily insured Pflichtversicherte/r
Confirmation of termination of my previous insurance: Eine Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse ist <input type="checkbox"/> is enclosed beigefügt <input type="checkbox"/> will be provided shortly wird nachgereicht	Voluntarily insured Freiwillig Versicherte/r
	Insured at a family insurance Familienversicherte/r

Family insurance
Familienversicherung

My spouse is a member of another health insurance company and is interested in becoming a member of pronova BKK. Mein Ehegatte ist selbst Mitglied einer anderen Krankenkasse und interessiert sich für eine Mitgliedschaft bei der pronova BKK. <input type="checkbox"/> Yes ja Family name/first name Name/Vorname <input type="checkbox"/> No nein

Date, signature of new member Ort, Datum, Unterschrift neues Mitglied

Campaign "Refer us to your friends" Aktion „Freundschaftswerbung“ Yes, I am a member of pronova BKK and have recommended the health insurance company to the above new customer: Ja, ich bin Mitglied der pronova BKK und habe das unten genannte Mitglied geworben:

Family name Name	First name Vorname
Insurance number Krankenversicherten-Nummer	Date, signature of pronova BKK member Ort, Datum, Unterschrift des Werbers
Please tick the preferred bonus: Mein Prämienwunsch: <input type="checkbox"/> mydays voucher of 20 Euro mydays Gutschein (20 Euro) <input type="checkbox"/> Annual lottery ticket of „Aktion Mensch“ Jahreslos „Aktion Mensch“ <input type="checkbox"/> Cash premium EUR 20 (please provide IBAN) Geldprämie 20 Euro (Bitte IBAN angeben)	
IBAN DE Bank sort code BLZ	Bank account number Kto-Nr.

Yes, I have been recruited to the pronova BKK by the above member: Ja, ich wurde von dem oben genannten Mitglied für die pronova BKK geworben:

Family name Name	First name Vorname
Date of birth Geburtsdatum	Date, signature of pronova BKK new customer Ort, Datum, Unterschrift des Geworbenen