pronovaBKK

Partner für Ihre Gesundheit

FREUNDSCHAFTSWERBUNG

Prämienauswahl Mitglied:

X Ja, ich habe ein neues Mitglied geworben!

Vorname (Werberin/Werber) | Name (Werberin/Werber)

Straße | PLZ/Ort

Geburtsdatum | Telefon (tagsüber)

Meine Versichertennummer (siehe Krankenversichertenkarte)

Ich habe die Geldprämie gewählt. Bitte überweisen Sie die Prämie auf das Konto:

IBAN

Datum | X Unterschrift (Werberin/Werber)

Die Prämie wird im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes auf Basis der Steuer-ID des Mitglieds an das Finanzamt gemeldet.

Wählen Sie Ihre Wunschprämie:

○

Geldprämie
in Höhe von 25 €

○

Jahreslos der „Aktion Mensch" im Wert von 18 €

Aufnahmeantrag Neumitglied:

X Ja, ich möchte zum Datum Mitglied der pronova BKK werden.

Vorname (Geworbene/Geworbener) | Name (Geworbene/Geworbener)

Straße | PLZ/Ort

Geburtsdatum | Geburtsort

Telefon (tagsüber) | E-Mail

letzte Krankenkasse(n) | Rentenversicherungsnummer (sofern bekannt)

Datum | X Unterschrift neues Mitglied

X Ja, ich wurde von dem oben angegebenen Mitglied der pronova BKK geworben. | X Unterschrift (Geworbene/Geworbener)

Bzgl. weiterer Informationen für Ihre Mitgliedschaft nehmen wir telefonisch Kontakt mit Ihnen auf. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

X **Bitte ausdrucken und an den entsprechenden Stellen unterschreiben!**

Senden Sie uns das ausgefüllte und unterschriebene Formular gerne per Post: pronova BKK, 67058 Ludwigshafen
Oder noch einfacher per Fax oder E-Mail: Faxnummer 0621 53391-9630, E-Mail interessenten@pronovabkk.de

Vers. 01-1018