

Demande d'adhésion Aufnahmeantrag

pronova BKK

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? Erstmalig in Deutschland 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 Versicherert als

Assurance obligatoire Pflichtversicherte/r

Assurance volontaire Freiwillig Versicherte/r

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)

Oui ja Non nein

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 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

Pour toi : Si tu réussis à amener un nouveau membre à ta pronova BKK, nous transférons 25 € sur ton compte.

Für dich: Wenn du ein neues Mitglied erfolgreich zu deiner pronova BKK bringst, überweisen wir dir 25 €.

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