

DEMANDE D'INSCRIPTION AUFNAHMEANTRAG

Oui, je souhaite devenir membre de pronova BKK à partir du
Ja, ich möchte Mitglied der pronova BKK werden zum

| | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Données personnelles Persönliche Angaben | Nom Name | Rue, n° Straße, Nr. |
| | Prénom Vorname | Code postal, localité PLZ, Wohnort |
| | Nom de naissance Geburtsname | Téléphone Telefon |
| | Date/lieu de naissance Geburtsdatum/Geburtsort | N° de portable Mobilnummer |
| | E-mail E-Mail | Etat civil Familienstand |
| | N° d'assurance maladie (si vous le connaissez) Rentenversicherter-Nummer (soweit bekannt) | Sexe Geschlecht <input type="checkbox"/> masculin männlich <input type="checkbox"/> féminin weiblich <input type="checkbox"/> divers diverse |

| | | |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Situation professionnelle Angaben zum Arbeitsverhältnis | Employé à partir de/depuis ... Beschäftigt ab/seit ... | Profession Berufsbezeichnung |
| | Employeur Arbeitgeber | Je suis Ich bin <input type="checkbox"/> employé/e Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> apprenti/e Auszubildende/r <input type="checkbox"/> assuré/e volontaire (nous vous contactons par téléphone) Freiwillig Versicherte/r (wir nehmen telefonisch mit Ihnen Kontakt auf) <input type="checkbox"/> indépendant/e (nous vous contactons par téléphone) Selbstständige/r (wir nehmen telefonisch mit Ihnen Kontakt auf) <input type="checkbox"/> étudiant/e (joindre l'attestation d'inscription universitaire) Student/in (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen) <input type="checkbox"/> retraité/e (joindre l'attestation de retraite) Rentner/in (bitte Rentenbescheid beilegen) <input type="checkbox"/> en recherche d'emploi depuis (joindre l'attestation de chômage) Arbeitsuchend ab (bitte Arbeitslosengeldbescheid beilegen) |
| | Rue, n° Straße, Nr. | |
| | Code postal, localité PLZ, Ort | |
| | Téléphone et contact (si vous le connaissez) Telefon und Ansprechpartner (sofern bekannt) | |
| | C'est votre premier emploi en Allemagne? Erstmals in Deutschland beschäftigt? <input type="checkbox"/> oui ja <input type="checkbox"/> non nein | |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Caisse maladie antérieure Bisherige Krankenkasse | Nom de la caisse Name der Kasse | Assurance familiale Familienversicherung Je dois assurer des personnes à charge (assurance familiale). Ich habe Angehörige mitzuversichern (Familienversicherung). <input type="checkbox"/> oui ja <input type="checkbox"/> non nein Conseil : remplir directement le formulaire de demande d'assurance familiale. Tipp: Direkt Antrag auf Familienversicherung ausfüllen. |
| | Code postal, localité PLZ, Ort | |
| | Période d'assurance du von au bis Assurancezeitraum von bis Assuré/e en tant que <input type="checkbox"/> Assuré/e obligatoire Pflichtversicherte/r <input type="checkbox"/> Assuré/e volontaire Freiw. Versicherte/r <input type="checkbox"/> Assuré/e familial/e Fam.-Versicherte/r als <input type="checkbox"/> Assuré/e privé/e Privat Versicherte/r <input type="checkbox"/> Assuré/e à l'étranger Im Ausland Versicherte/r | |
| Déclaration de consentement Einverständniserklärung <input type="checkbox"/> J'autorise pronova BKK à m'informer par téléphone de ses produits et prestations et/ou à me conseiller à leur sujet. Ich bin damit einverstanden, dass die pronova BKK mich telefonisch über ihre Produkte und Leistungen informiert bzw. berät. Note : Il est possible de révoquer ces données facultatives à tout moment. Hinweis: Diese freiwilligen Angaben können jederzeit widerrufen werden. | | |

| | |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Adhésion Mitgliedschaft | Lieu, date, signature du nouveau membre Ort, Datum, Unterschrift neues Mitglied |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Opération Parrainage Aktion Freundschafswerbung | <input checked="" type="checkbox"/> Oui, je suis membre de pronova BKK et ai parrainé le nouveau membre ci-dessus : Ja, ich bin Mitglied der pronova BKK und habe das oben genannte Mitglied geworben: | Ma prime : 25 euros (veuillez indiquer votre IBAN) Meine Prämie: 25 Euro (bitte IBAN angeben) |
| | Nom Name | |
| | Prénom Vorname | <input checked="" type="checkbox"/> Oui, moi, le nouveau membre, j'ai choisi pronova BKK grâce au membre indiqué à gauche. Ja, ich (Neumitglied) wurde von dem links genannten Mitglied für die pronova BKK geworben. |
| | N° d'assurance maladie Krankenversicherungsnummer <input type="checkbox"/> inconnu nicht bekannt | |
| Lieu, date, signature de la personne parrainant le nouveau membre Ort, Datum, Unterschrift des Werbbers | | Lieu, date, signature du nouveau membre parrainé Ort, Datum, Unterschrift des Geworbenen |

Avis de confidentialité : le traitement de vos données a pour but de clarifier votre situation par rapport aux assurances conformément aux §§ 5 et suivants du livre 5 du code social allemand (SGB V) et de fixer la cotisation conformément aux §§ 226 et suivants du livre 5 du code social allemand, § 57 du livre XI du code social allemand. pronova BKK conserve ces données pendant 9 ans. Les données liées au rapport d'assurance (§288 du livre 5 du code social, § 99 du livre XI du code social allemand) sont conservées pendant 30 ans au plus. Vous disposez d'un droit d'information, de rectification et de suppression ou de restriction ainsi que d'un droit à la portabilité des données dans la mesure où les conditions légales préalables sont remplies. Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles auprès de nos services ou auprès de la Préposée fédérale à la protection des données. Vous pouvez contacter notre préposé à la protection des données par mail à datschutz@pronovabkk.de ou par courrier à pronova BKK, Datenschutz, Horst-Henning-Platz, 51373 Leverkusen.

Datenschutzhinweis: Die Verarbeitung deiner Daten erfolgt zum Zweck der Klärung des Versicherungsverhältnisses nach §§ 5 ff. SGB V und zur Beitragserhebung nach §§ 226 ff. SGB V, 57 SGB XI. Die pronova BKK speichert diese Daten für 9 Jahre. Die mit dem Versicherungsverhältnis zusammenhängenden Daten (§§ 288 SGB V, 99 SGB XI) werden für höchstens 30 Jahre gespeichert. Du hast, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Gegen die Verarbeitung deiner persönlichen Daten kannst du bei uns oder bei der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Beschwerde einlegen. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichst du unter datschutz@pronovabkk.de oder pronova BKK, Datenschutz, Horst-Henning-Platz, 51373 Leverkusen.