

AUFNAHMEANTRAG

Ja, ich möchte zum

Mitglied der pronova BKK werden.

| | | |
|--------------------------------------|---|---|
| Persönliche Angaben | Name | Straße, Nr. |
| | Vorname | PLZ, Wohnort |
| | Geburtsname | Telefon |
| | Geburtsdatum/Geburtsort | Mobilnummer |
| | E-Mail | Familienstand |
| | Rentenversicherten-Nummer (soweit bekannt) | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> diverse |
| Angaben zum Arbeitsverhältnis | Beschäftigt ab/seit ... | Berufsbezeichnung |
| | Arbeitgeber | Ich bin <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in |
| | Straße, Nr. | <input type="checkbox"/> Auszubildende/r |
| | PLZ, Ort | <input type="checkbox"/> Freiwillig Versicherte/r (wir nehmen telefonisch mit Ihnen Kontakt auf) |
| | Telefon und Ansprechpartner (sofern bekannt) | <input type="checkbox"/> Selbstständige/r (wir nehmen telefonisch mit Ihnen Kontakt auf) |
| | Erstmals in Deutschland beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Student/in (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen) |
| Bisherige Krankenkasse | Name der Kasse | Familienversicherung Ich habe Angehörige mitzuversichern (Familienversicherung). <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Tipp: Direkt Antrag auf Familienversicherung ausfüllen. |
| | PLZ, Ort | |
| | Versicherungszeitraum von _____ bis _____ | Einverständniserklärung <input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass die pronova BKK mich telefonisch über ihre Produkte und Leistungen informiert bzw. berät. Hinweis: Diese freiwilligen Angaben können jederzeit widerrufen werden. |
| | Versichert als <input type="checkbox"/> Pflichtversicherte/r <input type="checkbox"/> Freiw. Versicherte/r <input type="checkbox"/> Fam.-Versicherte/r <input type="checkbox"/> Privat Versicherte/r <input type="checkbox"/> Im Ausland Versicherte/r | |
| Mitglied- | Ort, Datum, Unterschrift neues Mitglied | |
| Aktion | <input checked="" type="checkbox"/> Ja, ich bin Mitglied der pronova BKK und habe das oben genannte Mitglied geworben: | |
| | Name | Meine Prämie: 25 Euro (bitte IBAN angeben) |
| | Vorname | |
| | Krankenversicherungsnummer <input type="checkbox"/> nicht bekannt | <input checked="" type="checkbox"/> Ja, ich (Neumitglied) wurde von dem links genannten Mitglied für die pronova BKK geworben. |
| Ort, Datum, Unterschrift des Werbers | | Ort, Datum, Unterschrift des Geworbenen |

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 datenschutz@pronovabkk.de oder pronova BKK, Datenschutz, Horst-Henning-Platz, 151373 Leverkusen.