



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

Données personnelles Persönliche Angaben

Prénom Vorname, Nom Name

Rue, n° Straße, Nr.

Nom de naissance Geburtsname

Code postal, localité PLZ, Wohnort

Date/lieu de naissance Geburtsdatum/Geburtsort

Téléphone Telefon

E-mail E-Mail

N° de portable Mobilnummer

nationalité Staatsangehörigkeit

Etat civil Familienstand

N° d'assurance maladie (si vous le connaissez) Rentenversicherungsnummer (soweit bekannt)

Sexe Geschlecht masculin männlich féminin weiblich divers divers

Situation professionnelle Angaben zum Arbeitsverhältnis

Employé à partir de/depuis ... Beschäftigt ab/seit ...

Profession Berufsbezeichnung

Employeur Arbeitgeber*in

Je suis Ich bin employé/e Arbeitnehmer*in

Rue, n° Straße, Nr.

apprenti/e Auszubildende*r

Code postal, localité PLZ, Ort

assuré/e volontaire (nous vous contactons par téléphone) Freiwillig Versicherte*r (wir nehmen telefonisch mit dir Kontakt auf)

Téléphone et contact (si vous le connaissez) Telefon und Ansprechpartner*in (sofern bekannt)

indépendant/e (nous vous contactons par téléphone) Selbstständige*r (wir nehmen telefonisch mit dir Kontakt auf)

C'est votre premier emploi en Allemagne? Erstmals in Deutschland beschäftigt? oui ja non nein

étudiant/e (joindre l'attestation d'inscription universitaire) Student*in (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)

retraité/e (joindre l'attestation de retraite) Rentner*in (bitte Rentenbescheid beilegen)

en recherche d'emploi depuis (joindre l'attestation de chômage) Arbeitssuchend ab (bitte Arbeitslosengeldbescheid beilegen)

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).

Code postal, localité PLZ, Ort

oui ja non nein

Période d'assurance du von au bis
Versicherungszeitraum

Conseil : remplir directement le formulaire de demande d'assurance familiale.
Tipp: Direkt Antrag auf Familienversicherung ausfüllen.

Assuré/e en tant Versichert als Assuré/e obligatoire Pflichtversicherte*r Assuré/e volontaire Freiw. Versicherte*r Assuré/e familial/e Fam.-Versicherte*r

Déclaration de consentement Einverständniserklärung

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.

Assuré/e privé/e Privat Versicherte*r Assuré/e à l'étranger Im Ausland Versicherte*r

Note : il est possible de révoquer ces données facultatives à tout moment.
Hinweis: Diese freiwilligen Angaben können jederzeit widerrufen werden.

Adhésion Mitglied- schaft

Lieu, date, signature du nouveau membre Ort, Datum, Unterschrift neues Mitglied

Opération Parrainage Aktion Freundschaftswerbung

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 : 30 euros (veuillez indiquer votre IBAN)
Meine Prämie: 30 Euro (bitte IBAN angeben)

Prénom Vorname

Nom Name

N° d'assurance maladie Krankenversicherungsnummer inconnu nicht bekannt

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.

Lieu, date, signature de la personne parrainant le nouveau membre
Ort, Datum, Unterschrift Werber*in

Lieu, date, signature du nouveau membre parrainé
Ort, Datum, Unterschrift Geworbene*r

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 datenschutz@pronovabkk.de ou par courrier à pronova BKK, Datenschutz, Horst-Henning-Platz 1, 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 datenschutz@pronovabkk.de oder Pronova BKK, Datenschutz, Horst-Henning-Platz 1, 51373 Leverkusen.