

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
	Rentenversicherter-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)
	Erstmalig in Deutschland beschäftigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Student/in (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)
Bisherige Krankenkasse	Name der Kasse	<input type="checkbox"/> Rentner/in (bitte Rentenbescheid beilegen)
	PLZ, Ort	<input type="checkbox"/> Arbeitssuchend (bitte Arbeitslosengeldbescheid beilegen)
	Versicherungszeitraum von _____ bis _____	
	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	
Mitgliedschaft	Ort, Datum, Unterschrift neues Mitglied	
Vertriebspartner	Stempel oder Name und Anschrift Vertriebspartner	

**Familienversicherung**  
Ich habe Angehörige mitzuversichern (Familienversicherung).  
 ja  nein  
**Tipp:** Direkt Antrag auf Familienversicherung ausfüllen.

**Wie dürfen wir Sie informieren?**

Ich wünsche die Zusendung des Kundenmagazins per Online-Newsletter anstelle des Postversands und stimme der Verwendung meiner o. g. E-Mail-Adresse zu.

Ich verzichte (bis auf schriftlichen Widerruf) auf den Versand des Kundenmagazins. Mir ist bewusst, dass ich die dort abgebildeten Informationen jederzeit über [pronovabkk.de](http://pronovabkk.de) beziehen kann.

Unterschrift

Ich (als Vertriebspartner) bestätige die eindeutige Identität des o. g. Mitglieds, die mittels Lichtbild-Dokument (Personalausweis, Pass, eGK) nachgewiesen wurde.

Vertriebspartner-Nummer

Unterschrift Vertriebspartner

Datenschutzhinweis: Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zum Zweck der Klärung des Versicherungsverhältnisses nach §§ 5 ff. SGB V und zur Beitragshebung 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. Sie haben, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Gegen die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten können Sie bei uns oder bei der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Beschwerde einlegen. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter [datschutz@pronovabkk.de](mailto:datschutz@pronovabkk.de) oder pronova BKK, Datenschutz, Horst-Henning-Platz, 151373 Leverkusen.

