

Ja, ich will ab \_\_\_\_\_  
BKK Pfalz-Mitglied werden.



Frau     Herr

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum      Rentenversicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon tagsüber (wichtig für Rückfragen)

\_\_\_\_\_  
Name Ihres Arbeitgebers

\_\_\_\_\_  
Anschrift Ihres Arbeitgebers

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/als Gesellschafter beteiligt:     Ja     Nein

Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse versichert:

\_\_\_\_\_  
Art der letzten Versicherung:

pflichtversichert     freiwillig versichert     familienversichert

privat versichert     Ausland     \_\_\_\_\_

Ich will am Bonusmodell teilnehmen.

Bitte senden Sie mir einen Antrag auf Familienversicherung zu.

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass mein Finanzberater meinen Mitgliedschaftsantrag an die BKK Pfalz weiterleitet und die BKK Pfalz meinen Finanzberater zum Zwecke der Abrechnung einer Aufwandsentschädigung über eine zu Stande gekommene Mitgliedschaft informiert.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 Sozialgesetzbuch V und § 94 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI).

Abrechnungs-Nr.: \_\_\_\_\_