

Акценти в работата на ВКК Pfalz

Повече придобивки:

Здравен бонус

Здравето се отплаща –
още от първата мярка!

Курсове за профилактика -

например воден фитнес, школа
за гърба или излети за здраве.

Професионално почистване на зъбите

ежегодна добавка при стоматолог
по Ваш избор.

Пътувания за здраве

AktivPLUS

от морето до Алпите.

Ваксинации

също и за Ваши частни пътувания.

ПЛЮСЪТ за Вас:

Просто изберетеи платете за всяка
мярка 20 евро – също и за деца!

ПЛЮСЪТ за Вас:

максимум 300 евро
на година.

ПЛЮСЪТ за Вас:

50 евро
всяка година.

ПЛЮСЪТ за Вас:

максимум 150 евро на година, също за
осигурени с Вас членове на семейството.

ПЛЮСЪТ за Вас:

максимум 150 евро на година.

Повече придобивки:

Дигитален офис

Уредете много въпроси лесно онлайн, денонощно.

E-Coaches

например по темите ходене, сърце, хранене, детско здраве, здравословен сън.

Услуга за час при лекар

ние поемаме търсенето на специалист и уговарянето на час.

International Customer Service

Работещите в ВКК Pfalz от различни националности подпомагат нашите
консултации на много езици.

С удоволствие ще отговорим на Вашите въпроси: 0800/133 33 00

Да, искам от _____
да стана член на BKK Pfalz.

(Ja, ich will ab _____ Mitglied der BKK Pfalz werden.)

Лични данни (Persönliche Daten)

мъж / Männlich

жена / feminin

друго / Divers

Фамилно име, собствено име / Name, Vorname

Рождена дата / Geburtsdatum

Пенсионноосигурителен номер (ако не го знаете, рождено име и място) /
Rentenversicherungsnummer (falls unbekannt bitte Geburtsname und -ort)

Улица, номер / Straße, Hausnummer

Гражданство / Staatsangehörigkeit

Пощенски код, населено място / Postleitzahl, Ort

Телефон през деня (важно за уточняващи въпроси) / Telefon tagsüber (wichtig für Rückfragen)

E-Mail

Име на Вашия работодател / Name Ihres Arbeitgebers

Адрес на Вашия работодател / Anschrift Ihres Arbeitgebers

С работодателя съм в роднински отношения/участвам като съдружник:

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/als Gesellschafter beteiligt:

Да / Ja

Не / Nein

Последно бях осигурен/а в следната здравна каса:

Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse versichert: _____

Вид на последното осигуряване: / Art der letzten Versicherung:

задължително осигурен/а / pflichtversichert

доброволно осигурен/а / freiwillig versichert

семеино осигурен/а / familienversichert

частно осигурен/а / privat versichert

чужбина / Ausland

Получавам: / Ich beziehe:

пенсия или съм я заявил/а / Rente oder habe sie beantragt

подобни на пенсия доходи (например фирмена пенсия, пенсионни добавки) /
rentenähnliche Einnahmen (z. B. Betriebsrente, Versorgungsbezüge)

доходи от самостоятелна дейност / Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit

Моля, изпратете ми заявление за безплатно семеино осигуряване за членовете на семейството ми.

Bitte senden Sie mir einen Antrag auf kostenlose Familienversicherung für meine Angehörigen zu.

Указание за защита на данните: Събирането на данни се извършва въз основа на законовите разпоредби и е необходимо за изпълнението на задачите на BKK Pfalz.
Допълнителна информация относно обработването на данните съгласно чл. 13 DSGVO (ОПЗД) ще получите на <https://www.bkkpfalz.de/datenschutz-und-informationsfreiheit>.

Дата, подпис / Datum, Unterschrift

Моля, изпратете обратно на: / Bitte zurücksenden an:

BKK Pfalz – Vertrieb
Lichtenbergerstraße 16
67059 Ludwigshafen
Fax: 0621/ 68 559 222

E-Mail: vertrieb@bkkpfalz.de

Или просто попълнете онлайн:
www.bkkpfalz.de/mitglied-werden