

Najważniejsze informacje z Zakładowej Kasy Chorych Palatynatu

Więcej świadczeń:

Korzyść dla zdrowia

Zdrowie się opłaca już od pierwszego działania!

Kursy prewencji

na przykład aquafitness, szkoła pleców lub spacerów zdrowotne.

Profesjonalne czyszczenie zębów

coroczna dopłata u wybranego stomatologa.

Podróże zdrowotne

AktivPLUS

od morza po Alpy.

Szczepienia

również na prywatny wyjazd na urlop.

Państwa PLUS:

łatwy wybór i pobranie 20 euro za każde.

Państwa PLUS:

maksymalnie 300 euro rocznie.

Państwa PLUS:

50 euro za każdy rok.

Państwa PLUS: maksymalnie 150 euro rocznie, również dla współubezpieczonych krewnych.

Państwa PLUS: maksymalnie 150 euro rocznie.

Więcej usług:

Cyfrowy sekretariat

Wiele spraw można załatwić łatwo online przez całą dobę.

Trenerzy przez Internet

na przykład w kwestii biegania, serca, odżywiania, zdrowia dzieci, zdrowego snu.

Usługa wizyty u lekarza

zajmiemy się szukaniem lekarza specjalisty i umówieniem wizyty.

Międzynarodowa obsługa klienta

Pracownicy Zakładowej Kasy Chorych Palatynatu z różnych krajów wspomagają nasze doradztwo w wielu językach.

Chętnie odpowiemy na pytania: 0800/133 33 00

www.bkkpfalz.de

Tak, chcę od, _____
zostać członkiem Zakładowej Kasy Chorych Palatynatu.

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



Dane osobowe (Persönliche Daten)

mężczyzna / Männlich

kobieta / Weiblich

inna / Divers

Nazwisko, imię / Name, Vorname

Data urodzenia / Geburtsdatum

Numer ubezpieczenia emerytalnego (jeśli nie jest nazwisko rodowe i miejsce urodzenia) /
Rentenversicherungsnummer (falls unbekannt bitte Geburtsname und -ort)

Ulica, numer domu / Straße, Hausnummer

Obywatelstwo / Staatsangehörigkeit

Kod pocztowy, miejscowość / Postleitzahl, Ort

Telefon w ciągu dnia (ważne dla pytań) / Telefon tagsüber (wichtig für Rückfragen)

E-Mail

Nazwa pracodawcy / Name Ihres Arbeitgebers

Adres pracodawcy / Anschrift Ihres Arbeitgebers

Jestem spowinowacony/-a z pracodawcą / udziałowcem.

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

Ostatnio miałem/-am ubezpieczenie w poniższej kasie chorych.

Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse versichert: _____

Rodzaj ostatniego ubezpieczenia: / Art der letzten Versicherung:

ubezpieczenie obowiązkowe / pflichtversichert

ubezpieczenie dobrowolne / freiwillig versichert

ubezpieczenie rodzinne / familienversichert

ubezpieczenie prywatne / privat versichert

zagranica / Ausland

Pobieram / Ich beziehe:

emeryturę lub złożyłem/-am wniosek o nią / Rente oder habe sie beantragt.

dochody podobne do emerytury (np. emerytura pracownicza, świadczenia emerytalne) /
rentenähnliche Einnahmen (z. B. Betriebsrente, Versorgungsbezüge).

Dochody z działalności własnej / Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit.

Należy przesłać mi wniosek o bezpłatne ubezpieczenie rodzinne dla moich krewnych.

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

Informacja o ochronie danych: dane są gromadzone na podstawie postanowień ustawowych i są one wymagane do wykonywania zadań przez Zakładową Kasę Chorych Palatynatu.
Więcej informacji o przetwarzaniu danych na podstawie art. 13 RODO znajduje się na stronie <https://www.bkkpfalz.de/datenschutz-und-informationsfreiheit>.

Data, podpis / Datum, Unterschrift

Należy odesłać na adres: / Bitte zurücksenden an:

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

E-Mail: vertrieb@bkkpfalz.de

Lub wypełnić online:
www.bkkpfalz.de/mitglied-werden