

# BKK Pfalz Highlights

## Mehr Leistung:

### **Gesundheitsbonus:**

Gesundheit zahlt sich aus – schon ab der ersten Maßnahme!

**Ihr PLUS:** Einfach auswählen und je Maßnahme 20 Euro kassieren – auch für Kinder!

### **Präventionskurse**

zum Beispiel Aqua-Fitness, Rückenschule oder Gesundheitswandern.

**Ihr PLUS:** maximal 300 Euro im Jahr.

### **Professionelle Zahnreinigung:**

jährlicher Zuschuss beim Zahnarzt Ihrer Wahl.

**Ihr PLUS:** 50 Euro jedes Jahr.

### **AktivPLUS Gesundheitsreisen:**

von der See bis in die Alpen.

**Ihr PLUS:** maximal 150 Euro im Jahr, auch für mitversicherte Angehörige.

### **Impfungen:**

auch für Ihre private Urlaubsreise.

**Ihr PLUS:** maximal 150 Euro im Jahr.

## Mehr Service:

### **Doc Around The Clock**

Arzneimittel- und Medizinberatung 365 Tage rund um die Uhr.

### **E-Coaches**

zum Beispiel für die Themen Laufen, Herz, Ernährung, Kindergesundheit, Gesunder Schlaf.

### **Arzttermin-Service**

wir übernehmen die Facharztsuche und Terminabsprache.

### **FamilyPLUS Gesundheits- und Vorsorgemanager**

Termine, Tipps und Ratgeber – individuell auf Sie zugeschnitten.

Ihre Fragen beantworten wir gerne: 0800/133 33 00

# Persönliche Daten

Männlich

Weiblich

Divers

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Rentenversicherungsnummer (falls unbekannt bitte Geburtsname und -ort)

\_\_\_\_\_  
Strasse, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

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

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

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
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 beziehe:

Rente oder habe sie beantragt

rentenähnliche Einnahmen (z.B. Betriebsrente, Versorgungsbezüge)

Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit

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

**Datenschutzhinweis:** Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Pfalz erforderlich.  
Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter <https://www.bkkpfalz.de/datenschutz-und-informationsfreiheit>.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Bitte zurücksenden an:**

**BKK Pfalz**

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

**E-Mail:**

vertrieb@bkkpfalz.de

**Oder einfach online ausfüllen:**

[www.bkkpfalz.de/mitglied-werden](http://www.bkkpfalz.de/mitglied-werden)