

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Antwort an:**

Pronova BKK  
67058 Ludwigshafen

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Kreuzen Sie bitte an, wofür wir Sie kontaktieren dürfen.

- Ich bin damit einverstanden, dass die Pronova BKK mich zu Kundenbefragungen und Feedback bezüglich ihrer Produkte, Services und Leistungen kontaktiert.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Pronova BKK meine Daten verarbeitet und nutzt, um mir Informationen über ihre Produkte, Services und Leistungen zu geben sowie maßgeschneiderte Angebote unterbreitet.

Über die folgenden Kanäle darf die Pronova BKK mich kontaktieren:

Per E-Mail

---

Per Telefon

---

Per App

Per Brief

Mein Einverständnis kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos widerrufen: per E-Mail an [service@pronovabkk.de](mailto:service@pronovabkk.de), per Post an die Anschrift Pronova BKK, 67082 Ludwigshafen oder bei den persönlichen Berater\*innen der Pronova BKK.

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

