

Ja, ich möchte zum __ / __ / ____ Mitglied der Merck BKK werden. /
yes, I would like to become a member of Merck BKK as of __ / __ / ____.

personalien / personal details

Name / Name		Vorname / First name	
Straße, Hausnummer / Street, House number		PLZ, Ort / Post/zip code, Town/city	
Sozialversicherungsnummer / Social insurance number	Geburtsdatum / Date of birth		Geburtsort / Place of birth
Familienstand / Marital status	Geschlecht / Gender <input type="checkbox"/> weiblich / Female <input type="checkbox"/> männlich / Male <input type="checkbox"/> divers / Diverse <input type="checkbox"/> unbestimmt / Undefined		Geburtsname / Maiden name
Krankenversicherungsnummer / Health insurance number		Staatsangehörigkeit / Nationality	
Telefon / Mobilnummer / Telephone / cell phone number *		E-Mail / E-mail *	

Angaben zum Versicherungsverhältnis /
information on the insurance relationship

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in / Employee	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r / Apprentice	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeldbezieher/in / Recipient of unemployment benefits
Ihr Arbeitgeber (Name, Anschrift) / Your employer (name, address)		Ihre Agentur für Arbeit (Name, Anschrift) / Your Local German Labor Office (name, address)
<hr/>		<hr/>
<hr/>		<hr/>

sonstige Angaben / other information

Bisherige Krankenversicherung (Name, Anschrift) / Previous health insurer (name, address)	Bisherige Form der Versicherung / Previous form of insurance
<hr/>	<input type="checkbox"/> familienversichert über / Under family insurance via _____
<hr/>	<input type="checkbox"/> selbst versichert / Own insurance

Familienversicherung / family insurance policy

Ich möchte Angehörige mitversichern. Bitte schicken Sie mir einen Antrag zu. / I would like to co-insure family members. Please send me a family insurance application.

unterschrift / signature

Datum, Ort / Date, Place	Unterschrift / Signature
<hr/>	X

Datenschutzhinweis: Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können. Nach § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V in Verbindung mit § 206 SGB V sind wir berechtigt, die Daten zu erheben und Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis und Leistungsanfragen verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage www.merck-bkk.de/datenschutz.

Data privacy notice: We need your personal data (social insurance data) in order to be able to carry out our tasks for you properly. According to Section 284 of Book V of the German Social Code (SGB V) in conjunction with Section 206 of Book V, we are entitled to collect the data and you are obligated to cooperate. Information pertaining to contact details (e-mail and telephone number) is voluntary and will only be used for inquiries about your insurance and service requests. Further information about the processing of your personal data by us and your rights according to the EU-Data Protection Regulation can be found on our homepage www.merck-bkk.de/datenschutz.

* Hierbei handelt es sich um freiwillige Angaben. / This is voluntary information.