

**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	
Geburtsdatum / Date of birth	Geburtsname / Maiden name	Geburtsort / Place of birth	
Geschlecht / Gender <input type="checkbox"/> weiblich / Female <input type="checkbox"/> männlich / Male <input type="checkbox"/> divers / Diverse	Staatsangehörigkeit / Nationality	Sozialversicherungsnummer / Social insurance number *	
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
Beginn der Beschäftigung / start of employment (date)		Beginn seit (Datum) / start since (date)
Ihr Arbeitgeber (Name, Anschrift) / Your employer (name, address)		Ihre Agentur für Arbeit (Name, Anschrift) / Federal Employment Agency (name, address)

**sonstige Angaben / other information**

<input type="checkbox"/> Bisherige Krankenversicherung (Name, Anschrift) / Previous health insurer (name, address)	Bisherige Form der Versicherung / Previous form of insurance <input type="checkbox"/> familienversichert über / Under family insurance via _____ <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  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](http://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](http://www.merck-bkk.de/datenschutz).

\* Falls diese nicht bekannt ist bitte Geburtsname und Geburtsort angeben. / If this is not known, please state place of birth and maiden name.

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