

Ja, ich möchte zum __ / __ / ____ Mitglied der Merck BKK werden.

personalien

Name		Vorname	
Straße/Hausnummer		PLZ/Ort	
Sozialversicherungsnummer	Geburtsdatum	Geburtsort	
Familienstand	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt		Geburtsname
Krankenversicherungsnummer		Staatsangehörigkeit	
Telefon / Mobilnummer *		E-Mail *	

Angaben zum Versicherungsverhältnis

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeldbezieher/in
Ihr Arbeitgeber (Name, Anschrift)		Ihre Agentur für Arbeit (Name, Anschrift)
<hr/>		<hr/>
<hr/>		<hr/>

sonstige Angaben

Bisherige Krankenversicherung (Name, Anschrift)	Bisherige Form der Versicherung
<hr/>	<input type="checkbox"/> familienversichert über _____
<hr/>	<input type="checkbox"/> selbst versichert

Familienversicherung

Ich möchte Angehörige mitversichern. Bitte schicken Sie mir einen Antrag zu.

unterschrift

Datum, Ort	Unterschrift
<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.

* Hierbei handelt es sich um freiwillige Angaben.