

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

personalien

Name		Vorname	
Straße/Hausnummer		PLZ / Ort	
Krankenversicherungsnummer		Staatsangehörigkeit	
Sozialversicherungsnummer	Geburtsdatum	Geburtsort	
Familienstand	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt	Geburtsname	
Kontonummer	Bankleitzahl	Name und Sitz der Bank	
BIC		IBAN	
Ich habe Kinder <input type="checkbox"/> ja (bitte Geburtsurkunde beilegen) <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Ich möchte Angehörige mitversichern. Bitte schicken Sie mir einen Antrag zu.	
Telefon / Mobilnummer *		E-Mail *	

Angaben zur Rente

Ich erhalte eine Rente <input type="checkbox"/> ja (bitte aktuellen Rentenbescheid beifügen) <input type="checkbox"/> nein	beantragt am:	bewilligt am:
Rentenart <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> Witwen- / Witwerrente <input type="checkbox"/> Waisenrente	Rentenversicherungsträger <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Bund <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Land <input type="checkbox"/> Bundesknappschaft/Landwirtschaftl. Alterskasse

Angaben zum Versorgungsbezug/Ausländische Rente

Ich erhalte Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/> ja, (bitte Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein
1. Angaben zur Zahlstelle (Name und Anschrift)		
2. Angaben zur Zahlstelle (Name und Anschrift)		

Angaben zum Arbeitseinkommen

Ich erziele Einkünfte aus einer selbständigen Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja, (bitte aktuellen Steuerbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> nein
---	--	-------------------------------

sonstige Angaben

Bisherige Krankenversicherung (Name, Anschrift)	Bisherige Form der Versicherung <input type="checkbox"/> als pflichtversicherter Rentner versichert. <input type="checkbox"/> als freiwillig versicherter Rentner versichert.
Ende der Versicherung	

unterschrift

Datum, Ort	Unterschrift 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.