

# Mitgliedschaftsantrag für freiwillige Krankenversicherung

# Merck BKK

Unser Anspruch bist Du.

**Ja**, ich möchte zum \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Mitglied der Merck BKK werden.

## personalien

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Geburtsdatum	Geburtsname		Geburtsort
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	Staatsangehörigkeit		Sozialversicherungsnummer *
Telefon / Mobilnummer **		E-Mail **	
Familienstand		Haben Sie Kinder <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl:	
Name, Vorname, Geburtsdatum und Verwandtschaftsgrad von Kindern unter 25 Jahren ***			
<hr/> <hr/>			
Grund der freiwilligen Versicherung	<input type="checkbox"/> Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze	<input type="checkbox"/> Ende der Familienversicherung	
	<input type="checkbox"/> Ausscheiden aus der Versicherungspflicht	<input type="checkbox"/> Rückkehr aus dem Ausland	
	<input type="checkbox"/> Selbständig tätig seit _____ (Bitte Gewerbeanmeldung beifügen)	<input type="checkbox"/> Anwartschaftsversicherung	
		<input type="checkbox"/> Kassenwechsel	
		<input type="checkbox"/> Beamte (bitte Urkunde beifügen)	

## versicherungszeiten innerhalb der letzten 5 jahre

Name der Krankenkasse/Ort	versichert von ...	versichert bis ...
Name der Krankenkasse/Ort	versichert von ...	versichert bis ...
Name der Krankenkasse/Ort	versichert von ...	versichert bis ...

## FAMILIENVERSICHERUNG

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

## zahlungsweg für die beiträge zur freiwilligen versicherung

Die Beiträge sind jeweils zum 15. des Folgemonats fällig. Bitte Überweisen Sie die Beiträge unter Angabe Ihrer Versichertennummer auf unser unten genanntes Konto. Zur Vereinfachung erhalten Sie ein SEPA-Lastschriftmandat. Bitte nutzen Sie diesen Service, um Fristen nicht zu versäumen.

- Ich überweise die Beiträge per Dauerauftrag  
 Bitte buchen Sie die Beiträge von meinem Konto ab (siehe SEPA-Lastschriftmandat)

\* Falls diese nicht bekannt ist bitte Geburtsname und Geburtsort angeben.  
\*\* Hierbei handelt es sich um freiwillige Angaben.  
\*\*\* Leiblliche Kinder, Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder unter 25 Jahren.

**bitte wenden und unterschreiben**

**Einkommensverhältnisse**

	monatlich €	jährlich €
Lohn/Gehalt aus unselbstständiger Beschäftigung: - monatliches Bruttoentgelt (bitte fügen Sie die letzte Gehaltsabrechnung bei) - Einmalzahlungen (bitte Nachweis beifügen) - sonstiger geldwerter Vorteil (bitte Nachweis beifügen)		
Existenzgründer (bitte Bewilligungsbescheid beifügen)		
Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit (bitte fügen Sie den letzten Einkommenssteuerbescheid bei)		
Einnahmen aus Kapitalvermögen, vermindert um die tatsächlichen Werbungskosten aber ohne Abzug des Sparerfreibetrages (bitte fügen Sie Nachweise bei)		
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung (bitte fügen Sie den letzten Einkommenssteuerbescheid bei)		
Renten: z. B. Alters-, Hinterbliebenen-, Unfallrente, ausländische Renten (bitte aktuelle Bescheide beifügen)		
Art: _____		
Art: _____		
Grundsicherung		
Brutto Versorgungsbezüge: z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten (bitte aktuelle Bescheide beifügen)		
Art: _____		
Art: _____		
Einmalzahlungen		
Sozialhilfe (bitte Bescheid beifügen)		
Abfindung (bitte Vertrag beifügen)		
Sonstige Einnahmen (bitte Nachweise beifügen)		
Art: _____		
Art: _____		

Mein Lebensunterhalt wird durch meinen Ehegatten sichergestellt (Ist dieser privat versichert bitte Einkommensnachweis beifügen)

Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch: \_\_\_\_\_ mit monatlich \_\_\_\_\_ Euro.

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über künftige Änderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

**unterschrift**

Datum, Ort	Unterschrift  X
------------	-----------------------