

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 ***			

Angaben zum Studium

Erstmalige Einschreibung erfolgte am	
Ich besuche die <input type="checkbox"/> Fachhochschule im _____ Fachsemester (Bitte Studienbescheinigung befügen) <input type="checkbox"/> Universität im _____ Fachsemester (Bitte Studienbescheinigung befügen)	
Name der Hochschule	
Anschrift der Hochschule	

sonstige Angaben

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

Familienversicherung

<input type="checkbox"/> Ich möchte Angehörige mitversichern. Bitte schicken Sie mir einen Antrag zu.

bitte wenden und unterschreiben

* Falls diese nicht bekannt ist bitte Geburtsname und Geburtsort angeben.

** Hierbei handelt es sich um freiwillige Angaben.

*** Leibliche Kinder, Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder unter 25 Jahren.

beitragszahlung


Die Beiträge für Studenten sind grundsätzlich vor Semesterbeginn für das ganze Semester zu bezahlen. Bei Erteilung einer Abbuchungsermächtigung werden die Beiträge monatlich von Ihrem Konto abgebucht. Bitte nutzen Sie diesen Service indem Sie uns das beiliegende SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt zurückgeben. Vielen Dank!

- Bitte buchen Sie die Beiträge monatlich von meinem Konto (siehe SEPA-Lastschriftmandat) ab.
- Ich überweise den Beitrag jeweils rechtzeitig vor Semesterbeginn als Gesamtbeitrag auf Ihr Konto. In diesem Fall wird eine Versicherungsbescheinigung erst nach dem Geldeingang zugesandt.

Merck BKK

Unser Anspruch bist Du.

unterschrift

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

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.

SEPA-Lastschriftmandat

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87ZZZ00000295708

Hiermit ermächtigen wir die Merck BKK Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Merck BKK auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

SEPA-Lastschriftmandat gültig ab: sofort zum T T M M J J J J

Name																								
Vorname																								
Versicherten- Nummer													Geburtsdatum						T T M M J J J J					
Straße/Nummer																					Nr.			
PLZ				Ort																				
Telefon																								
Kreditinstitut (Name)																								
IBAN																			22-stellig					
Datum	T T M M J J J J						Ort																	
Unterschrift Kontoinhaber																								

Nur ausfüllen, falls Zahlung für eine andere Person erfolgt:

- Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzlichen bzw. vertraglichen Zahlungsverpflichtung mit: (Abweichender Zahlungspflichtiger)

Name																								
Vorname																								
PLZ				Ort																				

Mandatsreferenz:

Nach Rückgabe des ausgefüllten Formulars wird für Sie eine Mandatsreferenznummer vergeben. Diese können Sie bei jeder Abbuchung dem Verwendungszweck Ihres Kontoauszuges entnehmen.