

Mitgliedschaftsantrag für freiwillige Krankenversicherung

Merck BKK

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		Geburtsname
Steuer-Identifikationsnummer *	Krankenversicherungsnummer		Staatsangehörigkeit
Telefon / Mobilnummer **		E-Mail **	
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"/> Selbstständig tätig seit _____			
<input type="checkbox"/> Anwartschaftsversicherung			
(Bitte Gewerbeanmeldung beifügen)			
<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)

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.

* Meine Steuer-Identifikationsnummer ist mir nicht bekannt. Bitte fordern Sie diese für mich bei der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) an. Mit der Verwendung meiner Steuernummer im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben bin ich einverstanden.

** Hierbei handelt es sich um freiwillige Angaben.

Mitgliedschaftsantrag für freiwillige Krankenversicherung

Merck BKK

Name, Vorname	Geburtsdatum	KV-Nummer
---------------	--------------	-----------

	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 selbstständiger Tätigkeit (bitte fügen Sie den letzten Einkommenssteuerbescheid bei)		
Renten: z. B. Alters-, Hinterbliebenen-, Unfallrente, ausländische Renten (bitte aktuelle Bescheide beifügen)		
Einnahmen aus Kapitalvermögen, vermindert um Werbungskosten; ohne Abzug des Sparerfreibetrages (bitte fügen Sie Nachweise bei)		
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:		

<input type="checkbox"/> Mein Lebensunterhalt wird durch meinen Ehegatten sichergestellt (Ist dieser privat versichert bitte Einkommensnachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> 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.

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.