

Beitrittserklärung VEP 1403144

Ich möchte zum Mitglied der Continentale BKK werden

Meine persönlichen Daten

Vorname	Name	ggf. Geburtsname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	Telefon (tagsüber)	Telefon (privat)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Renten-Sozialversicherungsnummer	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Ich habe noch keine Rentenversicherungsnummer. Bitte beantragen Sie eine für mich.	

Ich bin verheiratet ja nein Mein Ehepartner soll mitversichert werden ja¹⁾ nein
 Ich habe Kinder ja nein Meine Kinder sollen mitversichert werden ja¹⁾ nein
 Ich interessiere mich für Kostenerstattung anstelle von Sachleistungen ja²⁾ nein

¹⁾ Bitte füllen Sie den Antrag auf Familienversicherung aus. ²⁾ Bitte füllen Sie auch den Antrag auf Kostenerstattung aus.

Berufliche Angaben

Beschäftigte/r Auszubildende/r Student/in Bezieher/in v. Arbeitsagentur-Leistungen Beamte/r Rentner/in

Freiwillige Versicherung – bitte füllen Sie auch die Einkommenserklärung aus
 Selbständige/r Freiberufler/in Rentner/in Hausfrau/Hausmann

Mein Arbeitgeber bzw. Ausbildungsbetrieb / Universität / Fachhochschule

Name	Ansprechpartner
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	PLZ, Stadt
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Betriebsnummer (falls bekannt)	Ich bin dort beschäftigt seit
<input type="text"/>	<input type="text"/>

In den letzten 18 Monaten war ich krankenversichert wie folgt:

nicht gesetzlich krankenversichert im Rahmen einer Familienversicherung im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft

Name und Sitz der bisherigen Krankenkasse bzw. des Versicherungsunternehmens	dort krankenversichert seit:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kündigungsbestätigung ist beigefügt Kündigungsbestätigung wird nachgereicht

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgabe der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Continentale BKK über wichtige und aktuelle Neuerungen im Gesundheitsbereich informiert. Eine Speicherung meiner persönlichen Daten zu diesem Zweck kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden an:

Die Continentale Generalagentur
Frank Kossmann e.Kfm

Europa-Center

10789 Berlin

Tel. Nr.: 030 36 43 91 88