Beitrittserklärung für SaZ nach DZE

Kontaktdaten der Continentale BKK:
E-Mail: bkk@continentale.info
Telefon: 089/ 74112233
Fax: 089/ 74112239
Adresse: Forstenrieder Allee 70, 81476 München

Continentale
Betriebskrankenkasse

Ich möchte Mitglied bei der Continentale BKK werden zum:

☐ **Ich möchte am 120 Euro Start-Bonus teilnehmen**

Meine IBAN

☐ **Ich bin Mitglied im Deutschen BundeswehrVerband e. V.**

☐ **Ich möchte am Wahltarif Prämienzahlung teilnehmen**

Meine persönlichen Daten:

Anrede Frau ☐ Herr ☐ verheiratet ja ☐ nein ☐

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

PLZ

Wohnort

Telefon
freiwillige Angabe

E-Mail
freiwillige Angabe

Meine Sozialversicherung:

Sozialversicherungsnummer

☐ Ich bitte um Erfragung der Sozialversicherungsnummer.
Folgende Angaben werden zusätzlich benötigt:

Staatsangehörigkeit

Geburtsname

Geburtsort

Meine Steueridentifikation:

Steueridentifikationsnummer

☐ Ich bitte um Erfragung der Steueridentifikationsnummer und stimme der Übermittlung zur steuerlichen Berücksichtigung zu.

Ich war zuletzt ...

☐ Soldat/in auf Zeit
(Mitteilung über die Beendigung des Dienstverhältnisses erforderlich)

☐ Bescheinigung wird nachgereicht

Ich möchte meine Familie beitragsfrei mitversichern:

Familienantrag (BKK1003) erforderlich:

☐ liegt bei

☐ bitte inkl. Freiumschlag an mich senden

Mein Rentenbezug:

☐ **Ich beziehe eine gesetzliche Rente**
Rentenbescheid erforderlich

Meine beruflichen Daten:

☐ **Übergangsgebührnisse**

☐ **Beschäftigte/r** seit / ab

☐ **Auszubildende/r** seit / ab

☐ **Leistungsbezieher/in ALG I** ☐ **oder ALG II** ☐ seit / ab

☐ **Student/in** seit / ab

☐ **Freiberufler/in**

☐ **Selbständige/r**

☐ **Hausfrau/Hausmann**

Arbeitgeber / Universität / Jobcenter / Agentur für Arbeit:

Name

Straße / Hausnummer

PLZ

Ort

Meine elektronische Gesundheitskarte:

Folgende Optionen zur Bilderfassung stehen zur Auswahl:
1) E-Mail an mitgliedschaft@continentale-bkk.de
2) Online-Fotokabine auf www.continentale-bkk.de
3) Foto-App „ePortrait" mit dem Smartphone

Werber:

Landesdirektion Zellerer GmbH VEP-Nr. 190.3366
Forstenrieder Allee 70 - 81476 München
Tel.: 089/74112233 Fax.: 089/74112239
E-Mail.: bkk@continentale.info

Antragsnummer

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 in Verb. mit § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.continentale-bkk.de/site/datenschutz oder erhalten Sie von uns auf Wunsch. Bei Fragen wenden Sie sich an den Datenschutzbeauftragten, Continentale BKK, Sengelmannstr. 120, 22335 Hamburg, datenschutz@continentale-bkk.de.

Datenschutzerklärung:

Ich stimme zu,

☐ dass die Continentale BKK dem Vertriebspartner Beginn und Ende meiner/unserer Mitgliedschaft oder Familienversicherung sowie ein eventuelles Nichtzustandekommen bei der Continentale BKK mitteilt.

☐ dass die Continentale BKK die Mitgliedschaft und meinen Namen ausschließlich zum Zweck der Abrechnung der Aufwandsentschädigung für den Vertriebspartner an die Continentale Krankenversicherung a. G., Ruhrallee 92, 44139 Dortmund übermittelt und diese ihrerseits in der Abrechnungsnote an den zuständigen Vertriebspartner übermittelt. Eine darüber hinausgehende Verwendung durch die Continentale Krankenversicherung a. G. erfolgt nicht.

☐ 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.

Datum

Unterschrift ✖

Einkommenserklärung für SaZ nach DZE

Kontaktdaten der Continentale BKK:
E-Mail: bkk@continentale.info
Telefon: 089/ 74112233
Fax: 089/ 74112239
Adresse Forstenrieder Allee 70, 81476 München

Continentale
Betriebskrankenkasse

Persönliche Angaben

Beginn der freiwilligen Versicherung

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Telefon
freiwillige Angabe

Sonderbeitrag zur Pflegeversicherung:

☐ **Ich bin kinderlos**

☐ **Ich habe ein Kind / mehrere Kinder**
Nachweis erforderlich (z. B. Kopie der Geburtsurkunde)

Anlass für die freiwillige Versicherung:

☐ **Ende Soldat/in auf Zeit**
(Bescheid Übergangsgebührnisse)

☐ **Ehegatte ist privat versichert**
bei gemeinsamen Kindern: Geburtsurkunden erforderlich

☐ **Selbständige/r** seit / ab

☐ **Freiberufler/in** seit / ab

☐ **Existenzgründer/in**
Gewinnschätzung + Gewerbeanmeldung + Förderbescheid der Arbeitsagentur (wenn vorhanden)

☐ **Ich möchte Informationen zur Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld**

Einkommensverhältnisse

☐ **Ich besitze eigene Einkünfte, diese gehen vollständig aus dem beiliegenden Einkommensteuerbescheid hervor:**
keine weiteren Angaben erforderlich

☐ **Ich besitze eigene Einkünfte, diese setzen sich wie folgt zusammen (bitte entsprechende Einkommensnachweise beifügen):**

Einkommensart	Mitglied	Ehegatte*
Übergangsgebührnisse	monatlich:	monatlich:
selbstständige Tätigkeit	monatlich:	monatlich:
Beschäftigung	monatlich:	monatlich:
Einmalzahlungen (z. B. Abfindung / Urlaubsgeld)	jährlich:	jährlich:
Vermietung / Verpachtung / Zinsen	jährlich:	jährlich:
Gesetzliche Renten / Auslandsrenten	monatlich:	monatlich:
Versorgungsbezüge / Betriebsrenten	monatlich:	monatlich:
Sonstige Einkünfte	monatlich:	monatlich:

* die Angaben des Ehegatten sind nur erforderlich, wenn dieser nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist

☐ **Ich besitze keine eigenen Einkünfte. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:**

SEPA-Lastschriftmandat

Continentale BKK, Sengelmannstraße 120, 22335 Hamburg Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25ZZZ00000027358 Mandatsreferenz: folgt

Ich ermächtige die Continentale BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Continentale BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname

Nachname

Straße + Haus-Nr.

PLZ + Ort

IBAN

BIC

Datum

Unterschrift ✖

Datenschutzhinweis

Damit wir unsere Aufgaben im Hinblick auf die Ermittlung, Festsetzung und Anpassung Ihres Beitrages zur Kranken- und Pflegeversicherung entsprechend Ihrer aktuellen Einkommensverhältnisse rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund von § 240 SGB V zu erheben. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Festsetzung Ihrer Beitragshöhe führen.

Bestätigung der Angaben

Datum

✖ Unterschrift