

Arbeitgeber Stammdaten

Ihre Firmendaten

Firmenname:

Rechtsform:

PLZ, Stadt:

Straße, Hausnr.:

Geschäftsführer/
Gesellschafter:

Ansprechpartner:

Telefon:

Fax:

Ihr Steuerberater/externes Abrechnungsbüro (sofern vorhanden)

Name:

PLZ, Stadt:

Straße, Hausnr.:

Telefon:

Fax:

Weitere Angaben

Betriebsnr.:

abweichende
Betriebsnr.:

wird nicht genutzt

wird genutzt für:

Beitragsnachweise,
BNR:

Zahlung, BNR:

Arbeitnehmer-
Meldungen, BNR:

Besteht Umlage-
pflicht U1?

ja nein

Wenn ja:

50 % 60 % 80 %

Freiwillige Versicherung von Arbeitnehmern:

Die Zahlung zur Kranken- und Pflegeversicherung erfolgt durch Betrieb Mitarbeiter

Beitragsnachweise
pro Monat:

Dauerbeitrags-
nachweis:

ja nein

Zahlungsangaben und Bankverbindung

Zahlungsart:

Überweisung
 Lastschriftverfahren

Bitte SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt zurücksenden.

IBAN:

Kreditinstitut:

Ort, Datum:

Unterschrift,
Firmenstempel:

Senden Sie uns das ausgefüllte Formular per Post oder E-Mail an die unten stehende Adresse.

Continental Betriebskrankenkasse
Zentraler Posteingang, 30645 Hannover
arbeitgeber@continentale-bkk.de

Stand: 04/2023