

# 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, E-Mail oder Fax an die unten stehende Adresse.

Continental Betriebskrankenkasse  
Zentraler Posteingang, 30645 Hannover  
arbeitgeber@continentale bkk.de | Fax: 0561 94874 5910

Stand: 01/2023