

**Antwort**

Continental BKK  
Sengemannstr. 120  
22335 Hamburg

**Teilnahmeerklärung Wahltarif BKK Azubi exklusiv**

- Ja, ich möchte am Wahltarif BKK Azubi exklusiv teilnehmen. Die Teilnahmeunterlagen habe ich gelesen und stimme ihnen zu.

Die Teilnahme beginnt zum nächsten Monatsersten des darauffolgenden Monats, in dem die Wahl erfolgt; frühestens mit dem Beginn der Mitgliedschaft.

**Meine Persönlichen Daten:**

Nachname , Vorname	<input type="text"/>		
Straße / Hausnummer	<input type="text"/>		
PLZ / Ort	<input type="text"/>		
Versichertennummer	<input type="text"/>		
Telefonnummer	<input type="text"/>		
E-Mail	<input type="text"/>		
Ausbildungsbeginn	<input type="text"/>	Ausbildungsende	<input type="text"/>

Die Ermächtigung zur Rückzahlung der Prämie per Lastschrift erteile ich auf dem beiliegenden SEPA-Lastschriftmandat.

- Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die Continental BKK mich über Änderungen am Wahltarif BKK Azubi exklusiv, aktuelle Angebote, Leistungen und Services auch telefonisch oder per E-Mail informiert.
- Ich bin einverstanden, dass die Continental BKK die personenbezogenen Daten, inkl. der Kontaktdaten unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung erhebt und verarbeitet. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu deinen Rechten erhältst Du auf unserer Website [www.continentale-bkk.de/ueber-uns/datenschutz/](http://www.continentale-bkk.de/ueber-uns/datenschutz/) oder forderst diese Informationen direkt bei uns an. Mein Einverständnis kann ich jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Meinen Widerruf kann ich an [datenschutz@continentale-bkk.de](mailto:datenschutz@continentale-bkk.de) richten.

Ort / Datum

Unterschrift