

Anmeldung der zu versichernden Personen zum Kollektivvertrag mit der Firma / Registration of the person to be insured in the Collective Policy with the company:



Kollektivversicherungsvertrag für eine arbeitgeberfinanzierte Krankheitskostenversicherung / Collective insurance contract for employer-financed health insurance

Kollektivvertragsnummer / Collective contract number:

Name / Last name (ggf. abweichender Geburtsname / birth name, if applicable)	Vorname / First name	männlich / male = 1 weiblich / female = 2	Geburtsdatum / Date of birth	Personenkreis / Group of persons	Versicherungsbeginn / Insurance beginning	Versicherungsende / End of insurance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Als Versicherungsnehmer bestätigen wir, dass die zu versichernden Personen entsprechend der dem Kollektivvertrag anliegenden Information zur Verwendung von Daten informiert worden sind. / As the policyholders, we confirm that the persons to be insured pursuant to the group contract have been informed of the annexed information about the use of data.

Empfangsbestätigung / Confirmation of receipt

Ich bestätige, dass ich folgende Unterlagen erhalten habe / I confirm that I have received the following documents:

- **Versicherungsbedingungen / Terms and Conditions of Insurance**
- **Weitere Vertragsinformationen (Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag) / Additional contractual information (information about your insurance policy)**
- **Information zur Verwendung von Daten der zu versichernden Personen / Information about the use of the data of the persons to be insured**
- **Datenschutzhinweise inkl. Dienstleister und Auftragnehmer der Continentale Krankenversicherung a. G. / Privacy Policy incl. Service Providers and Contractors of Continentale Krankenversicherung a. G.**

Unterschrift des Vertragspartners / Signature of the contractual partner

Datum / Date Stempel und Unterschrift des Vertragspartners / Stamp and signature of the contractual partner

Datum, Stempel, Nr. und Unterschrift des Vertriebspartners / Date, stamp, number and signature of the intermediary

Risikoträger / Risk carrier:

EUROPA Versicherung AG

Piusstraße 137, 50931 Köln

Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),

Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),

Stefan Andersch, Dr. Marcus Kremer,

Alf N. Schlegel, Falko Struve

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Lutz Duvernell

Sitz der Gesellschaft: Köln

Handelsregister Amtsgericht Köln B 7474

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer DE124906368