

Bitte ausgefüllt zurück an:



Per Telefax: (02 61) 9 41 43 - 9 30

Debeka BKK  
Beitragsabteilung  
Postfach 30 03 62  
56027 Koblenz

## Neuanlage eines Arbeitgeberkontos

Für die Anlage des Arbeitgeberkontos benötigen wir einige Informationen. Bitte senden Sie uns diese schnellstmöglich zurück. Vielen Dank für Ihre Mühe.

Firmenname: _____	Rechtsform: _____
Str., Nr.: _____	PLZ, Ort: _____
Ansprechpartner: _____	Tel. Ansprechpartner: _____
	Fax. Ansprechpartner: _____

Steuerberater: _____	
Ansprechpartner: _____	Tel. Ansprechpartner: _____
	Fax. Ansprechpartner: _____

Name des Mitarbeiters: _____	Beschäftigungsbeginn: _____
Anschrift des Mitarbeiters: _____	
Sozialversicherungsnummer: _____	

Die Anmeldung erfolgt unter der Betriebsnummer: _____	<input type="checkbox"/> Rechtskreis OST
	<input type="checkbox"/> Rechtskreis WEST
Die Beitragsabrechnung erfolgt unter der Betriebsnummer: _____	
Der erstmalige Beitragsnachweis wird im Monat _____ übermittelt. (yy/mmmm)	

Wir wählen den folgenden Umlagesatz der BKK-Arbeitgebersversicherung zum Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit (Umlage 1):			
<input type="checkbox"/> Ermäßigter Umlagesatz (1,50%)	50% Erstattung	<input type="checkbox"/> Erhöhter Umlagesatz (3,40%)	80% Erstattung
<input type="checkbox"/> Allgemeiner Umlagesatz (1,80%)	60% Erstattung	<input type="checkbox"/> Keine Umlagepflicht zum Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit	
<b>Teilnahme am Lastschriftverfahren:</b>			
<input type="checkbox"/> Ja, SEPA-Lastschriftmandat erhalten Sie anbei		<input type="checkbox"/> NEIN	

\_\_\_\_\_ Datum



\_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel