

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: _____

Steuerberater: _____ <small>inkl. Anschrift</small>	Tel. Ansprechpartner: _____
Ansprechpartner: _____	
Betriebsnummer Steuerberater: _____	
<input type="checkbox"/> Wir haben unserem o.g. Steuerberater eine Vollmacht erteilt, alle sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten unseres Unternehmens direkt mit der Debeka BKK abzustimmen. Wir werden Sie umgehend informieren, sobald die Gültigkeit der Vollmacht endet.	

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/mm)	

Wir wählen den folgenden Umlagesatz der BKK-Arbeitgeberversicherung 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	
Teilnahme am Lastschriftverfahren:			
<input type="checkbox"/> Ja, SEPA-Lastschriftmandat erhalten Sie anbei		<input type="checkbox"/> NEIN	

_____ Datum



_____ Unterschrift/Stempel