

Bitte ausgefüllt zurück an:



Per Telefax: 0261 94143 - 66 699

Debeka BKK
Beitragsabteilung
56048 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: _____ |
| 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 (1,80%) 50% Erstattung | <input type="checkbox"/> Erhöhter Umlagesatz (4,10%) 80% Erstattung |
| <input type="checkbox"/> Allgemeiner Umlagesatz (2,20%) 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 |

BKK31VE/BT / 30.10.2020

_____ Datum



_____ Unterschrift/Stempel