



WMF Betriebskrankenkasse

<b>A</b>	Beitragskontonummer		
	Name der Betriebsstätte		
	Straße	Postfach; PLZ bei Postfachanschrift	
	PLZ	Ort	
	Anzahl der Beschäftigten	Ausbildungsbetrieb <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Firmendaten	Bei der Betriebsstätte handelt es sich um den Hauptbetrieb? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, die Hauptbetriebsnummer lautet: _____		
	Die Beitragszahlung erfolgt unter der Betriebsnummer: _____		
	Beitragsnachweise werden übermittelt unter der Betriebsnummer: _____		
	Meldungen zur Sozialversicherung erfolgen unter der Betriebsnummer: _____		
<b>B</b>	Name, Vorname	Geburtsdatum	
	Straße	Postfach; PLZ bei Postfachanschrift	
	PLZ	Ort	
	Name, Vorname		Geburtsdatum
	Straße	Postfach; PLZ bei Postfachanschrift	
	PLZ	Ort	
	Name, Vorname		Geburtsdatum
	Straße		Postfach; PLZ bei Postfachanschrift
Geschäftsführer/Betriebsinhaber Vorstände	PLZ		Ort
	Name, Vorname		Geburtsdatum
	Straße		Postfach; PLZ bei Postfachanschrift
<b>C</b>	Name, Vorname		Emailadresse (Angaben sind freiwillig)
	Telefonnummer (Angaben sind freiwillig)		Telefax (Angaben sind freiwillig)
	Funktion im Unternehmen / Abteilung		

<p><b>D</b></p>	<p>Teilnahme am Umlage- und Erstattungsverfahren nach Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) bei Arbeitsunfähigkeit (U1)</p>
<p>Erstattungsverfahren nach dem AAG</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nein, wir nehmen nicht am U1-Verfahren teil  <input type="checkbox"/> Ja, wir nehmen am U1-Verfahren teil         </p> <p>Bitte beachten Sie, dass das Erstattungsverfahren für die WMF Betriebskrankenkasse durch den BKK Landesverband Mitte durchgeführt wird. Sollten Sie dort, aufgrund des Umlageverfahrens bei einer anderen Betriebskrankenkasse, bereits einen Erstattungssatz gewählt haben, gilt dieser auch für dieses Verfahren.</p> <p> <input type="checkbox"/> nein, es wurde bisher noch kein Erstattungssatz beim BKK Landesverband Mitte gewählt (Bitte Erklärung zur Feststellung der Teilnahme ausfüllen)  <input type="checkbox"/> ja, es wurde bereits folgende Erstattungssatz beim BKK Landesverband Mitte gewählt         </p> <p> <input type="checkbox"/> ermäßigter Erstattungssatz 50 %  <input type="checkbox"/> allgemeiner Erstattungssatz 60 %  <input type="checkbox"/> erhöhter Erstattungssatz 80 %         </p>
<p><b>E</b></p>	<p>Es liegt eine Befreiung von der Insolvenzgeldumlage vor?</p>
<p>Insolvenzgeldumlage</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja, Begründung:         </p> <p> <input type="checkbox"/> Arbeitgeber der öffentlichen Hand  <input type="checkbox"/> Privathaushalt  <input type="checkbox"/> Diplomatische und konsularische Vertretungen         </p>
<p><b>F</b></p>	<p>Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung werden</p>
<p>Beitragsverfahren</p>	<p> <input type="checkbox"/> vom Unternehmen zur Fälligkeit überwiesen         </p> <p> <input type="checkbox"/> 15. Folgemonat  <input type="checkbox"/> drittletzter Bankarbeitstag         </p> <p> <input type="checkbox"/> vom Arbeitnehmer überwiesen         </p> <hr/> <p>Unternehmen nimmt am sogenannten Schätzverfahren teil?  <i>(Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag wird in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am drittletzten Bankarbeitstag an die Krankenkasse gemeldet, ein verbleibender Restbeitrag wird dann im Folgemonat fällig)</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein         </p>



WMF Betriebskrankenkasse

<b>G</b>	<i>Betriebsnummer</i>		
	<i>Name</i>		
	<i>Straße</i>		<i>Postfach; PLZ bei Postfachanschrift</i>
	<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>	
	<i>Zuständiger Sachbearbeiter/in</i>		
	<i>Vollmacht</i>		
Steuerberater/Lohnabrechnungsstelle	Um Ihrem Steuerberater Auskünfte zu, beitrags- und melderechtliche Fragen geben zu können, benötigen wir eine Vollmacht. Senden Sie uns hierzu bitte das beiliegende Formular ausgefüllt zurück.		
<b>H</b>	<i>Name des Kreditinstitutes</i>		
	<i>IBAN</i>		<i>BIC</i>
	<i>Kontoinhaber</i>		
	Teilnahme am Lastschriftverfahren? <input type="checkbox"/> Ja, Formular SEPA-Basislastschriftverfahren ist beigefügt <input type="checkbox"/> Nein		
<b>I</b>			
	<i>Beschäftigungsbeginn</i>	<i>Name des Arbeitnehmers</i>	<i>Versicherungsnummer</i>
	<i>Beschäftigungsbeginn</i>	<i>Name des Arbeitnehmers</i>	<i>Versicherungsnummer</i>
	<i>Beschäftigungsbeginn</i>	<i>Name des Arbeitnehmers</i>	<i>Versicherungsnummer</i>
Arbeitnehmer/in			

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift ggf. Firmenstempel

**Datenschutzhinweis** Die erbetenen Daten sind für den ordnungsgemäßen Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrag notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind §§ 28d und 28i SGB IV. Die Angaben zu Kontaktdaten (Email und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen bezüglich des Beitragseinzuges verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie auf unserer Homepage