

# Informationen zur Beitragsabführung

<b>Kassensitz</b>					
WMF Betriebskrankenkasse Körperschaft des öffentlichen Rechts Eberhardstraße 73312 Geislingen a. d. Steige					
<b>Allgemeine Informationen</b>					
<b>Postanschrift</b>	WMF Betriebskrankenkasse Postfach 1412, 73304 Geislingen (Steige)				
<b>Servicenummer:</b>	07331/25-7112				
<b>E-Mail:</b>	service@wmf-bkk.de				
<b>Internet:</b>	<a href="http://www.wmf-bkk.de">www.wmf-bkk.de</a>				
<b>Bankverbindung:</b>	Kreissparkasse Göppingen BIC: GOPSDE6GXXX IBAN: DE08 6105 0000 0006 0155 01				
<b>Betriebsnummern für die maschinelle Datenübermittlung</b>					
612 327 69					
<b>Fälligkeit und Zahlung der Beiträge</b>					
<p>Die Gesamtsozialversicherungsbeiträge sind bis spätestens zum drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit ausgeübt worden ist. Kann eine tatsächliche Beitragsabrechnung bis zu diesem Zeitpunkt nicht erfolgen, muss eine voraussichtliche Höhe der Beitragsschuld ermittelt werden. Verbleibende Differenzen sind bei der Ermittlung des Beitragsolls des nächsten Monats zu berücksichtigen. Freiwillige Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden weiterhin zum 15. des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind. „Fälligkeit“ bedeutet aber in beiden Fällen, dass die Krankenkasse an diesen Tagen bereits über den Geldwert verfügen kann. Banklaufzeiten sind bei Überweisung und Scheckzahlung vom Arbeitgeber zu berücksichtigen. Wir bieten Ihnen deshalb gerne die Teilnahme am Lastschriftverfahren an.</p>					
<b>Fälligkeitstage für Gesamtsozialversicherungsbeiträge im Jahr 2019</b>					
Monat	Fälligkeit	Abgabe des Beitragsnachweises bis spätestens*	Monat	Fälligkeit	Abgabe des Beitragsnachweises bis spätestens*
Januar	29.01.2019	25.01.2019	Juli	29.07.2019	25.07.2019
Februar	26.02.2019	22.02.2019	August	28.08.2019	26.08.2019
März	27.03.2019	25.03.2019	September	26.09.2019	24.09.2019
April	26.04.2019	24.04.2019	Oktober	29.10.2019	25.10.2019
Mai	28.05.2019	24.05.2019	November	27.11.2019	25.11.2019
Juni	26.06.2019	24.06.2019	Dezember	23.12.2019	19.12.2019
* Der Beitragsnachweis muss der Einzugsstelle um 0:00 Uhr des fünftletzten Bankarbeitstages des Monats vorliegen					

## Werte der Sozialversicherung für das Jahr 2019 Rechtskreis West

<b>Beitragsbemessungsgrenzen</b>		
Kranken- und Pflegeversicherung		4.537,50 €
Rentenversicherung und Arbeitsförderung		6.700,00 €
<b>monatliche Bezugsgröße</b>		
Kranken- und Pflegeversicherung		3.115,00 €
Rentenversicherung und Arbeitsförderung		3.115,00 €
<b>Jahresarbeitsentgeltgrenze</b>		60.750,00 €
<i>(Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V)</i>		<i>(54.450,00 €)</i>
<b>Geringfügigkeitsgrenze</b>		450,00 €
<b>Faktor F für Gleitzoneberechnung</b>		0,7566
<b>Sachbezugswert für freie Verpflegung</b>		251,00 €
<b>Sachbezugswert für freie Unterkunft</b>		231,00 €

<b>Höchstbeiträge</b>		
Rentenversicherung		1.246,20 €
Arbeitsförderung		167,50 €
Krankenversicherung		662,48 €
Pflegeversicherung		138,40 €
Inkl. Zuschlag für Kinderlose		11,34 €
<b>Höchstzuschüsse des Arbeitgebers für Mitglieder der privaten Krankenversicherung und Pflegeversicherung (monatlich)</b>		
Krankenversicherung (mit Anspruch auf Krankengeld)		351,66 €
Pflegeversicherung		69,20 €

<b>Beitragssätze</b>		
Krankenversicherung	<i>allgemeiner Beitragssatz</i>	14,60 v.H.
	<i>ermäßigter Beitragssatz</i>	14,00 v.H.
	<i>kassenindividueller Beitragssatz</i>	0,90 v.H.
Rentenversicherung		18,60 v.H.
Arbeitsförderung		2,50 v.H.
Pflegeversicherung		3,05 v.H.
	<i>Zuschlag für Kinderlose</i>	0,25 v.H.
Beitragssatz für Versorgungsbezüge		14,60 v.H.
	<i>zuzüglich kassenindividueller Beitragssatz</i>	0,90 v.H.
Umlagesatz für die Insolvenzgeldumlage		0,06 v.H.
Umlagesätze für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Entgeltfortzahlung		
	<i>Umlage U1 (Erstattung = 70 v.H.)</i>	2,40 v.H.
	<i>Umlage U2 (Erstattung = 100 v.H.)</i>	0,45 v.H.

# Arbeitgeberstammblatt

<b>A</b>	<i>Beitragskontonummer</i>	
	<i>Name der Betriebsstätte</i>	
	<i>Straße</i>	<i>Postfach; PLZ bei Postfachanschrift</i>
	<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
	Bei der Betriebsstätte handelt es sich um den Hauptbetrieb? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, bitte Punkt B ausfüllen	
Firmendaten	<i>Nebenbetriebsnummern:</i>	
	_____	
	_____	
	_____	
	_____	
<b>B</b>	<i>Hauptbetriebsnummer</i>	
	<i>Name</i>	
	<i>Straße</i>	<i>Postfach; PLZ bei Postfachanschrift</i>
	<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
	<i>weitere Nebenbetriebsnummern:</i>	
_____		
_____		
<b>C</b>	<i>Name, Vorname</i>	<i>Geburtsdatum</i>
	<i>Straße</i>	<i>Postfach; PLZ bei Postfachanschrift</i>
	<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
	<i>Name, Vorname</i>	<i>Geburtsdatum</i>
	<i>Straße</i>	<i>Postfach; PLZ bei Postfachanschrift</i>
	<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
	<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
Geschäftsführer/Betriebsinhaber Vorstände	<i>Name, Vorname</i>	
	<i>Geburtsdatum</i>	
	<i>Straße</i>	<i>Postfach; PLZ bei Postfachanschrift</i>
	<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
	<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
	<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
	<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>

<b>D</b>	Name, Vorname		Emailadresse (Angaben sind freiwillig)	
	Telefonnummer (Angaben sind freiwillig)		Telefax (Angaben sind freiwillig)	
	Funktion im Unternehmen / Abteilung			
Ansprechpartner/in				

<b>E</b>	Teilnahme am Umlageverfahren U1			
Umlageverfahren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	Wieviel Arbeitnehmer/innen werden aktuell bei Ihnen beschäftigt?			
	_____			
Es liegt eine Befreiung von der Insolvenzgeldumlage vor?				
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Begründung:				
<input type="checkbox"/> Arbeitgeber der öffentlichen Hand <input type="checkbox"/> Privathaushalt <input type="checkbox"/> Diplomatische und konsularische Vertretungen				

<b>F</b>	Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung werden			
Beitragsverfahren	<input type="checkbox"/> vom Unternehmen zur Fälligkeit			
	<input type="checkbox"/> 15. Folgemonat <input type="checkbox"/> drittletzter Bankarbeitstag  überwiesen <input type="checkbox"/> vom Arbeitnehmer überwiesen			
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>				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				

<b>G</b> Steuerberater/Lohnabrechnungsstelle	Betriebsnummer	
	Name	
	Straße	Postfach; PLZ bei Postfachanschrift
	PLZ	Ort
	Zuständiger Sachbearbeiter/in	

<b>H</b> Bankverbindung für Erstattungen	Name des Kreditinstitutes	
	IBAN	BIC
	Kontoinhaber	
	Teilnahme am Lastschriftverfahren? <input type="checkbox"/> Ja, Formular SEPA-Basislastschriftverfahren ist beigelegt <input type="checkbox"/> Nein	

<b>I</b> Arbeitnehmer/in	_____	_____	_____
	<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>	
_____	_____	_____	
<i>Beschäftigungsbeginn</i>	<i>Name des Arbeitnehmers</i>	<i>Versicherungsnummer</i>	

\_\_\_\_\_  
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