

Angaben zur Eröffnung Ihres Beitragskontos

1. Angaben zur Firma

Betriebsnummer _____

Name _____

Inhaber _____ Rechtsform _____

Anschrift _____

Telefon * _____

Fax * _____

E-Mail * _____

Ansprechpartner * _____

2. Angaben zur Steuerberatung

Erfolgt die Entgeltabrechnung durch einen Steuerberater? Nein Ja, durch _____

Betriebsnummer _____

Name _____

Anschrift _____

Telefon * _____

Ansprechpartner * _____

3. Wahlerklärung zur Teilnahme am Umlageverfahren

Wir wählen für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit (U1) folgenden Erstattungssatz:

50 v.H. (1,6%)

60 v.H. (2,2%)

70 v.H. (2,5%)

80 v.H. (3,7%)

des fortgezahlten rentenversicherungspflichtigen Entgelts. _____

Keine Teilnahme aufgrund der Mitarbeiterzahl _____

4. Unfallversicherungsträger

Zuständiger Unfallversicherungsträger _____

Betriebsnummer _____

Mitgliedsnummer des Betriebes _____

5. Bankverbindung

Unsere Bankverbindung für Erstattungen lautet:

Name der Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Kontoinhaber _____

Die fälligen Beiträge buchen wir gerne von Ihrem Konto ab. Bitte füllen Sie das SEPA-Lastschriftmandat aus und senden es unterschrieben und im Original an uns zurück.

Datum Unterschrift und Stempel

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach den § 28 a SGB IV bis § 28 i SGB IV erhoben und verarbeitet. Sie sind nach § 98 SGB X verpflichtet, uns die erforderlichen Angaben zu machen. Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erleichtern uns aber die Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit.

AOK-Die Gesundheitskasse
in Hessen
Basler Str. 2
61352 Bad Homburg

Gläubiger-Identifikationsnummer der AOK Hessen

DE65AOK00000018490

Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt

Mandat für einmalige Zahlung

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die AOK-Die Gesundheitskasse in Hessen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AOK-Die Gesundheitskasse in Hessen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Für Privatkunden: Mit einer Fristverkürzung der Mitteilung über die Höhe der von mir zu zahlenden Beträge und den Fälligkeitstag (Vorabankündigung) auf einen Tag bin ich einverstanden.

Für Firmenkunden: Eine Vorabankündigung ist nicht erforderlich (vgl. Gemeinsame Grundsätze für die Übermittlung der Beitragsnachweise nach § 28b Abs. 2 SGB IV).

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kreditinstituts des Zahlers	
BIC	
IBAN	
Bezeichnung des Kontoinhabers	
Ordnungsbegriff (Betriebsnummer/KV-Nummer)	
Anschrift des Kontoinhabers	
Straße	Haus-Nr.
Postleitzahl	Ort

Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte nur ausfüllen, wenn der Kontoinhaber vom Zahlungspflichtigen abweicht:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für das Versicherungsverhältnis/den Vertrag mit:

Name	Vorname
Versicherungsnummer/Aktenzeichen	

Ich werde die AOK-Die Gesundheitskasse in Hessen informieren, wenn sich die Angaben ändern sollten.