

Betriebsnummer:

Bitte zurücksenden an:

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
Firmenservice
64520 Groß-Gerau

Allgemeine Angaben zum Unternehmen

1. Kontaktdaten*

Unternehmen*: _____
Straße*: _____
PLZ*: _____
Ort*: _____
Telefonnummer*: _____
Faxnummer*: _____
E-Mail-Adresse*: _____
Ansprechpartner/-in im Betrieb*: _____

2. Teilnahme am Umlageverfahren

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

- 50 v. H.
 60 v. H.
 70 v. H.
 80 v. H.
 Keine Teilnahme am Umlageverfahren aufgrund der Mitarbeiterzahl (mehr als 30 anzurechnende Arbeitnehmer/-innen)

Sie können den Umlagesatz innerhalb von 6 Wochen nach Kontoeröffnung frei wählen. Bitte kreuzen Sie den gewünschten Umlagesatz an. Wenn Sie keine Auswahl treffen, gilt der Standardtarif in Höhe von 70 v. H. gemäß unserer Satzung.

Betriebsnummer:

3. Teilnahme an der Insolvenzgeldumlage:

Sie nehmen immer automatisch an der Insolvenzgeldumlage teil.
Ausnahmen sind: private Haushalte, die eine Haushaltshilfe beschäftigen, öffentliche Arbeitgeber und diplomatische oder konsularische Vertretungen. Dann nehmen Sie nicht an der Insolvenzgeldumlage teil. Wenn Sie zu dieser Gruppe gehören, bestätigen Sie dies bitte.

Ja, ich bin ein privater Haushalt, ein öffentlicher Arbeitgeber oder eine diplomatische oder konsularische Vertretung.

4. Weitere Angaben zum Betrieb*:

Wir beschäftigen zurzeit _____ *Arbeitnehmer/-innen*
Wir stellen in absehbarer Zeit Auszubildende ein nein ja, ab _____
Wir planen in den nächsten Monaten Neueinstellungen nein ja, ab _____

5. SEPA-Lastschriftverfahren

- Bitte buchen Sie unsere Beiträge im SEPA-Lastschriftverfahren ab. Das SEPA-Lastschriftmandat ist beigefügt.*
- Wir nehmen nicht am SEPA-Lastschriftverfahren teil und überweisen die Beiträge.*

6. Post und Kommunikation

Bitte wenden Sie sich schriftlich und telefonisch ausschließlich an folgende Person:

- an mich als Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber*
- an eine Bevollmächtigte oder einen Bevollmächtigten. (Bitte füllen Sie dazu die Vollmacht aus und legen diese bei.)*
- an einen abweichenden Adressaten. Wir beauftragen die AOK Hessen hiermit, die Post abweichend von der Firmenadresse an folgende Adresse zu senden:*

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer*

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach den § 28 a bis § 28 i Viertes Sozialgesetzbuch (SGB IV) erhoben und verarbeitet. Sie sind nach § 98 Zehntes Sozialgesetzbuch (SGB X) verpflichtet, uns die erforderlichen Angaben zu machen.

Die mit* gekennzeichneten Angaben sind freiwillig. Damit erleichtern Sie uns die Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit.