

Fragebogen zur Eröffnung Ihres Beitragskontos

1. Angaben zur Firma

Wie lautet Ihre Betriebsnummer? _____

Name und Bezeichnung des Unternehmens

Rechtsform der Firma

Inhaber der Firma

Ansprechpartner

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon/Telefax

E-Mail

Anzahl Mitarbeiter

Sind Sie Ausbildungsbetrieb? Ja Nein

2. Wahlerklärung zur Teilnahme am Umlageverfahren

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

50 % 60 % 70 % 80 % Keine Teilnahme aufgrund Mitarbeiterzahl

3. Angaben zur Steuerberatung

Wird die Lohnabrechnung durch einen Steuerberater durchgeführt? Ja Nein

Name **Steuerbüro**

Telefon

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

4. Angaben zum Unfallversicherungsträger

Zuständige Berufsgenossenschaft

Ort

5. Angaben zum Zahlungsverkehr

Die Zahlung der Beiträge erfolgt

Durch Lastschrift **Bitte SEPA-Lastschriftmandat zurücksenden!** Durch Überweisung **Bitte die Betriebsnummer angeben!**

Gläubiger-Identifikationsnummer DE 14 ZZZ 000 000 86 144

Mandatsreferenz (wird Ihnen mit der ersten Lastschrift mitgeteilt)

Ort/Datum

Unterschrift und Firmenstempel

Datenschutzhinweis:

Die Daten dieses Fragebogens werden zum Zwecke der rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben als Einzugsstelle nach den §§ 28a ff SGB IV benötigt. Die Grundlage für die Erhebung und Verarbeitung der Daten stellt § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB i. V. m. § 67a SGB X dar. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/rps/daten-schutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland oder unseren Datenschutzbeauftragten unter Datenschutz@aok.de.

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse
56040 Koblenz

Gläubiger-Identifikationsnummer der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
DE14ZZZ00000086144

Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt

Mandat für einmalige Zahlung

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Ordnungsbegriff (Betriebsnummer/KV-Nummer, Fallbündelnummer, Policennummer)

Name des Kontoinhabers	
Anschrift des Kontoinhabers	
Straße	Haus-Nr.
Postleitzahl	Ort
Name des Kreditinstituts	
BIC	
IBAN	
D E	

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.

Ort, Datum 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
------	---------

Ich werde (Wir werden) die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse informieren, wenn sich die Angaben ändern sollten.