

Bertelsmann BKK | Postfach 1 70 | 33311 Gütersloh

Ihr Ansprechpartner
Service-Team Arbeitgeber

Fon 05241 80-74000
Fax 05241 80-74143

E-Mail
info@bertelsmann-bkk.de

Unser Zeichen

Arbeitgeber-Information

Sehr geehrte Damen und Herren,

heute möchten wir Ihnen alle für Sie wichtigen Informationen geben, die Sie für die Beitragsentrichtung sowie für die erforderlichen Meldungen benötigen.

Weitere Auskünfte erhalten Sie auf unserer Homepage unter www.bertelsmann-bkk.de. Dort finden Sie unter der Rubrik Arbeitgeber Aktuelles zum Thema Sozialversicherung.

Anliegend erhalten Sie das Formular „Meldeverfahren für das Beitragsverfahren“. Soweit möglich, haben wir die uns vorliegenden Daten schon eingetragen. Bitte ergänzen Sie die fehlenden Angaben und senden uns das Formular in den nächsten Tagen zurück. Diese Daten benötigen wir zur Führung Ihres Beitragskontos, wodurch ein reibungsloser Ablauf gewährleistet werden kann.

Die fehlenden Angaben bitte ergänzen, insbesondere:

- Angaben zur Betriebsnummer (ggf. getrennt angeben, sofern Sie abweichende Betriebsnummern für das Melde- und Beitragsverfahren verwenden)
- Angaben zum Mitarbeiter

Bitte beachten Sie, dass eine eventuell für eine vergangene Beitragszeit eingereichte Einzugsermächtigung bzw. ein eingereichtes SEPA-Lastschriftmandat ihre Gültigkeit verloren hat. Reichen Sie uns daher bei der Inanspruchnahme des Lastschriftverfahrens ein neues SEPA-Lastschriftmandat ein.

Haben Sie Fragen zur Sozialversicherung? Rufen Sie uns gerne an.

Freundliche Grüße

Ihr Serviceteam Arbeitgeber

Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und ist ohne Unterschrift gültig

Informationen zur Beitragsabrechnung - Werte ab 01.06.2017

Beitragssätze	
Krankenversicherung	West/Ost
allgemeiner Beitragssatz	14,60%
ermäßigter Beitragssatz	14,00%
Versorgungsbezüge	14,60%
Zusatzbeitrag Bertelsmann BKK	1,28%
durchschnittlicher Zusatzbeitrag	1,10%
Pflegeversicherung	2,55%
Beitragszuschlag für Kinderlose	0,25%
Rentenversicherung	18,70%
Arbeitslosenversicherung	3,00%
Insolvenzgeldumlage	0,09%

Entgeltfortzahlungsversicherung	
U1 Erstattung der Aufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit	2,10%
Erstattungssatz 70 %	
U2 Erstattung der Aufwendungen bei Mutterschaft	0,39%
Erstattungssatz 100 % bei Mutterschutzfrist	
Erstattungssatz 120 % bei Beschäftigungsverbot	

Arbeitgeberbeitragszuschuss für freiwillig / privat Versicherte	
Krankenversicherung	317,55 €
Pflegeversicherung	55,46 €

Geringfügigkeitsgrenze (Minijob)	450,00 €
Gleitzonefaktor (Gleitzone 450,01 € bis 850,00 €)	0,7509

Beitragsbemessungsgrenzen (monatlich)	West	Ost
Kranken- und Pflegeversicherung	4.350,00 €	4.350,00 €
Renten- und Arbeitslosenversicherung	6.350,00 €	5.700,00 €
Jahresarbeitsentgeltgrenze		
Kranken- und Pflegeversicherung	57.600,00 €	57.600,00 €
Kranken- und Pflegeversicherung (für Arbeitnehmer, die am 31.12.02 wegen Überschreitens der JAE privat krankenversichert waren)	52.200,00 €	52.200,00 €

Betriebsnummer der Bertelsmann BKK	Rechtskreis West und Ost	31323584
-------------------------------------------	---------------------------------	-----------------

Bankverbindungen	BIC	IBAN
Commerzbank AG	COBA DE FF XXX	DE73 4784 0065 0158 0950 00

Fälligkeitstermine für 2017												
Monat	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.
Beitragsnachweis	25.01.	22.02.	27.03.	24.04.	24.05.	26.06.	25.07.	25.08.	25.09.	24.10.	24.11.	21.12.
Beitragszahlung	27.01.	24.02.	29.03.	26.04.	29.05.	28.06.	27.07.	29.08.	27.09.	26.10.	28.11.	27.12.

zurück an
Bertelsmann BKK, Postfach 170, 33311 Gütersloh

Meldeverfahren zur Beitragsentrichtung	
Angaben zum Arbeitgeber	
Name _____	
Anschrift _____	
Eintrag im Handelsregister	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ⇒ Aktz. _____
Zuständiges Amtsgericht _____	
Betriebsnummer	
(Sofern Sie abweichende Betriebsnummern für das Meldeverfahren und die Beitragszahlung haben, diese bitte getrennt angeben)	
Betriebsnummer für Beitragsnachweise	_____
Betriebsnummer für Beitragszahlungen	_____
Betriebsnummer für Meldungen (z.B. für eine Betriebsstätte)	_____
Angaben zum Arbeitnehmer	
Name _____	
RV-Nr. _____	Beginn der Mitgliedschaft _____
Geschäftsführer / Geschäftsleitung	
Name _____	
Geburtsdatum _____	
Privatadresse _____	
Kontakt (Bei Bearbeitung durch z.B. einen Steuerberater bitte auch die Anschrift, sowie die Telefonnummer angeben)	
Ansprechpartner für die Lohn- bzw. Gehaltsabrechnung	
Telefon/Fax	_____
E-Mail	_____
ggf. Steuerberater/Abrechnungsstelle	_____

Umlageversicherung	
<input type="checkbox"/> Wir beschäftigen regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmer.	
<input type="checkbox"/> Wir sind gemäß § 11 AAG nicht umlagepflichtig zur Umlage 1 (z. B. Bund, Länder, Gemeinden).	
Ort, Datum _____	Stempel und Unterschrift _____