

Firmenkundenauskunft

Betriebskrankenkasse Mobil Oil
c/o ARGE GSV PLUS
Postfach 70 01 06
22001 Hamburg

oder per Fax an 040 20901-5999

1. Stammdaten

Firma _____
Ansprechpartner im Personalbüro _____
Straße bzw. Postfach _____
PLZ und Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____
Betriebsnummer _____
Anzahl der Beschäftigten _____
Ausbildungsbetrieb Ja Nein
Rechtskreis West Ost
Erster Abrechnungsmonat _____
Wie werden Sie Ihren Beitragsnachweis abgeben? monatlich neu
 Dauerbeitragsnachweis aufgrund gleichbleibender Werte

2. Erfolgt Ihre Lohn- und Gehaltsabrechnung durch einen Steuerberater?

Nein Ja. Bitte ergänzen Sie die folgenden Angaben:

Angaben zum Steuerberater

Name _____
Straße bzw. Postfach _____
PLZ und Ort _____
Telefon _____

Wenn Sie einverstanden sind, dass die Betriebskrankenkasse Mobil Oil dem oben genannten Steuerberater bei Fragen zur Sozialversicherung im Zusammenhang mit dem Melde- und Beitragsrecht Auskunft erteilt, senden Sie bitte die beiliegende Vollmacht ausgefüllt an uns zurück. Liegt die Vollmacht nicht vor, können Anfragen des Steuerberaters nicht beantwortet werden.

3. Haben Sie mehrere Betriebsstätten (z. B. Standorte, Niederlassungen) mit unterschiedlichen Betriebsnummern?

Nein Ja. Bitte ergänzen Sie folgende Angaben:

Mit welcher Betriebsnummer erfolgt die Beitragszahlung? _____
Über welche Betriebsnummer erfolgt der Beitragsnachweis? _____
Mit welcher Betriebsnummer erfolgt die Meldung zur Sozialversicherung? _____

Firmenkundenauskunft

4. Nimmt Ihr Betrieb am Ausgleichsverfahren der Arbeitgebераufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit (U1-Verfahren) teil? Nein Ja.

Falls Sie mit ja geantwortet haben, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

Für die Erstattungen der Arbeitgebераufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit wähle ich den

ermäßigten Umlagesatz. allgemeinen Umlagesatz. erhöhten Umlagesatz.

5. Hier können Sie uns ggf. weitere Informationen mitteilen:

Datenschutzhinweis:

Die Betriebskrankenkasse Mobil Oil (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.bkk-mobil-oil.de) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Erhebung von Einnahmen im Rahmen von § 76 SGB IV i.V.m. § 98 SGB X. Ihre Angaben werden gemäß § 80 SGB X an unseren Auftragsverarbeiter, die ARGE GSV plus GmbH, weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.bkk-mobil-oil.de/datenschutz.

Datum

Unterschrift und Stempel

Sozialversicherungswerte ab 01.01.2019

Sozialversicherungsweig	Beitragssatz	Höchstbeitrag (monatlich)	
Rentenversicherung	18,6 %	1.246,20 EUR West	1.143,90 EUR Ost
Arbeitsförderung	2,5 %	167,50 EUR West	153,76 EUR Ost
Krankenversicherung allgemein	14,6 %	662,48 EUR West	662,48 EUR Ost
Krankenversicherung ermäßigt	14,0 %		
Zusatzbeitrag BKK Mobil Oil	1,1 %		
Zusatzbeitrag durchschnittlich	0,9 %		
Pflegeversicherung	3,05 % ggf. zzgl. 0,25 % Beitragszuschlag für Kinderlose		
Beiträge aus Versorgungsbezügen	15,7 % Mindestbezug für Beitragspflicht 155,75 €. Gilt nicht bei freiwillig Versicherten.		

Beitragsbemessungsgrenzen und Bezugsgrößen		
Beitragsbemessungsgrenze Krankenversicherung und besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze	4.537,50 Euro monatlich	54.450,00 Euro jährlich
Allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze Krankenversicherung	5.062,50 Euro monatlich	60.750,00 Euro jährlich
Beitragsbemessungsgrenze Rentenversicherung/ Arbeitsförderung West	6.700,00 Euro monatlich	80.400,00 Euro jährlich
Beitragsbemessungsgrenze Rentenversicherung/ Arbeitsförderung Ost	6.150,00 Euro monatlich	73.800,00 Euro jährlich
Bezugsgröße (im Bereich KV/ PV gilt immer die Bezugsgröße West)	3.115,00 Euro monatlich	37.380,00 Euro jährlich

Umlageverfahren	Beitragssatz	Erstattungssatz
Umlagesatz U1 ermäßigt	1,5 %	50 % inkl. Arbeitgeberbeitragsanteile
Umlagesatz U1 allgemein	1,8 %	60 % inkl. Arbeitgeberbeitragsanteile
Umlagesatz U1 erhöht	3,4 %	80 % inkl. Arbeitgeberbeitragsanteile
Umlagesatz U2	0,45 %	100 % ⁴
Insolvenzgeldumlage	0,06 %	
Künstlersozialabgabe	4,2 %	

⁴ Bei Beschäftigungsverbot: zzgl. Erstattung der tatsächlichen Arbeitgeberbeitragsanteile nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 AAG

Fälligkeitstermine GSV-Beiträge ⁵					
29.01.2019	26.02.2019	27.03.2019	26.04.2019	28.05.2019	26.06.2019
29.07.2019	28.08.2019	26.09.2019	29.10.2019	27.11.2019	23.12.2019

Für die Abgabe der Beitragsnachweise gilt eine bundeseinheitliche Regelung. Der Beitragsnachweis muss der Einzugsstelle spätestens zu Beginn (0.00 Uhr) des **fünftletztens Bankarbeitstags** des Monats vorliegen.

⁵ Maßgeblich ist der Sitz der Einzugsstelle.

Bankverbindung		
Commerzbank Hamburg	IBAN: DE21 2004 0000 06387153 00	BIC: COBADEFFXXX
UniCredit	IBAN: DE68 7002 0270 00000900 00	BIC: HYVEDEMMXXX
Bitte verwenden Sie als Verwendungszweck Ihre Betriebsnummer		
Sonstige Daten		
Anschrift: BKK Mobil Oil, 20091 Hamburg		Servicetelefon: 0800 255 0800
Internet: www.bkk-mobil-oil.de		Betriebsnummer BKK Mobil Oil: 15517302
Beitragsnachweise/Meldungen zur Sozialversicherung Betriebs-Nr. Empfänger		BKK Mobil Oil 25942967
BKK Arbeitgebersversicherung		www.bkk-aag.de

Betriebsnummer:

Vollmacht

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bevollmächtigen wir unsere Steuerberaterin/unseren Steuerberater

Herrn/Frau: _____

Firma: _____

Vorname Nachname: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Betriebsnummer: _____

uns gegenüber der Betriebskrankenkasse Mobil Oil zu vertreten und Auskünfte einzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift/Firmenstempel