



**Betriebskrankenkasse**  
**Herford Minden Ravensberg**  
 Am Kleinbahnhof 5, 32051 Herford  
 Tel.: 05221 1026-0  
 Fax: 05221 1026-9000  
 E-Mail: info@bkk-hmr.de  
 www.bkk-hmr.de

**Ihre Ansprechpartner:**

**AG-Service: 05221 1026 - 250**

Frau Möller  
 Herr Kröger  
 Herr Schossau  
 Frau Voth

**Meldungen: 05221 1026 - 210**

Frau von Hören  
 Frau Kruczek  
 Frau Störmer  
 Frau Haneke  
 Frau Pörtner

**Fax 05221 1026 - 9000**

	<u>ab 01.01.2010</u>	<u>ab 01.01.2011</u>	<u>ab 01.01.2012</u>
allgemeiner Beitragssatz	14,9 %	15,5 %	15,5 %
erhöhter Beitragssatz	entfällt	entfällt	entfällt
ermäßigter Beitragssatz	14,3 %	14,9 %	14,9 %
Versorgungsbezieher	14,9 %	15,5 %	15,5 %
freiwilliger KV-Höchstbeitrag	558,75 €	575,44 €	592,88 €
PV-Höchstbeitrag bei Kinderlosen	82,50 €	81,68 €	84,15 €
PV-Höchstbeitrag bei Berücksichtigung von Kindern	73,13 €	72,39 €	74,59 €

Beitragskonto-Nr.	<b>Ihre vom Arbeitsamt zugeteilte Betriebsnummer</b>	
Betriebsnummern der BKK HMR	369 169 80 (Westkasse)	010 181 82 (Ostkasse)
Bankverbindungen	Commerzbank AG (Westkasse)	SEB AG (Ostkasse)
	BLZ: 494 400 43	BLZ: 480 101 11
	Kto.-Nr.: 24 09 100	Kto.-Nr.: 108 061 3301

**Bitte geben Sie bei Überweisung / Beitragsnachweisung / Scheckzahlung Ihre Betriebsnummer an!**

Beiträge werden nach dem tatsächlichen Arbeitsverdienst (keine Lohnstufen/Beitragstabelle) abgerechnet.

Seit dem 01.01.2007 führen wir gemäß § 1 des Gesetzes über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen (AAG) die **Umlageversicherung** durch. Die Beitragssätze betragen:

Umlage 1, Erstattungssatz 60 %: 1,5 % (1,3 % bis 31.08.2011)  
 Umlage 2: 0,18 % (0,24 % bis 31.08.2011)

Anfragen und Erstattungsanträge richten Sie bitte an uns.

Der Beitragssatz zur Insolvenzgeldumlage ab dem 01.01.2012 beträgt 0,04 % (0,0 % bis 31.12.2011).

BKK Herford Minden Ravensberg  
 Postfach 1355  
 32003 Herford



## Firmen - Stammdaten

Bitte im Original an uns zurück!

Betriebsnummer / Rechtskreis*:	Für Nachweisung/Zahlung:	Für Meldungen:	<input type="checkbox"/> West <input type="checkbox"/> Ost
Firmenname:			
Rechtsform (AG, GbR, GmbH, KG usw.):			
Geschäftsführer/Gesellschafter:			
Anschrift:			
Telefon/Fax:	Tel:	Fax:	
Ansprechpartner im Betrieb:			
Telefon-Durchwahl/erreichbar:			
Steuerberater (falls Ansprechpartner):			
Anschrift, Tel./Fax (Steuerberater):			
Zahl Versicherte bei BKK HMR:	Über diese Beschäftigung(en) versichert ab:		
Name / RV-Nr. des/der bei der BKK HMR Versicherten:			
Teilnahme am Umlageverfahren*:	<input type="checkbox"/> Es besteht Umlagepflicht zur U1 <input type="checkbox"/> Keine Umlagepflicht zur U1, da >30 Mitarbeiter		
Beiträge werden gezahlt durch*:	<input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> Lastschriftverfahren <input type="checkbox"/> Scheck		
Bankinstitut: Bankleitzahl: Kontonummer:			
Sonstiges:			

Ich ermächtige die BKK HMR widerruflich zum Einzug der GSV-Beiträge per Lastschrift von oben genanntem Konto.\*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel, Unterschrift

\* Zutreffendes bitte ankreuzen

Stand 13.12.2011