

**BKK HMR**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:**

Betr.-Nr. 0 – 36899999	Elke Möller	-253
Betr.-Nr. 36900000 bis Ende	Christoph Dirkling	-255
Vollstreckung, Insolvenzen	Natalie Voth	-254

Durchwahl:Beitragskonto-Nr.: **Ihre** von der Agentur für Arbeit zugeteilte Betriebsnummer

Betriebs-Nr. der BKK HMR: 369 169 80
Bankverbindungen: Commerzbank AG
IBAN: DE45 49440043 0240910000
BIC: COBADEFF494

Bitte geben Sie bei Überweisung / Beitragsnachweisung / Scheckzahlung Ihre Betriebsnummer an.**Beitragsätze zur Krankenversicherung (KV) und Pflegeversicherung (PV):**

	bis 31.12.2018	ab 01.01.2019
allgemeiner Beitragssatz KV	14,6 %	14,6 %
ermäßigter Beitragssatz KV	14,0 %	14,0 %
kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	1,0 %	1,0 %
PV	2,55 %	3,05 %
PV für Versicherte ohne Kinder	2,8 %	3,3 %

Beitragsätze zur Umlageversicherung:

Umlage 1, Erstattungssatz 60 %:	1,50 %	2,1 %
Umlage 2:	0,29 %	0,29 %

Beitragssatz zur Insolvenzgeldumlage: 0,06 % 0,06 %**Beitragssatz zur Rentenversicherung:** 18,6 % 18,6 %**Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung:** 3,0 % 2,5 %**Höchstbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung:**

(Beitragsbemessungsgrenze 2019: 4.537,50 €)

	bis 31.12.2018	ab 01.01.2019
KV-Höchstbeitrag bei freiwillig Versicherten	646,05 €	662,48 €
Kassenindividueller Zusatzbeitrag	44,25 €	45,38 €
PV-Höchstbeitrag bei freiwillig Versicherten	112,84 €	138,39 €
PV-Höchstbeitrag freiw. Vers. ohne Kinder	123,90 €	149,74 €

**BKK HMR**Am Kleinbahnhof 5
32051 Herford**Tel.:** 05221 1026-0**Fax:** 05221 1026-9000**E-Mail:** info@bkk-hmr.de**www.bkk-hmr.de****Firmen – Stammdaten**

Betriebsnummer / Rechtskreis:	Für Nachweisung / Zahlung:	Für Meldungen:	<input type="checkbox"/> West <input type="checkbox"/> Ost
Firmenname:			
Anschrift:			
Telefon / Fax:	Tel:	Fax:	
Ansprechpartner:			Durchwahl:
Steuerberater (falls Ansprechpartner):			
Anschrift, Telefon / Fax (Steuerberater):			
Zahl Versicherte bei der 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 (Sofern Sie am Lastschriftverfahren teilnehmen möchten, füllen Sie bitte zusätzlich das beigefügte SEPA-Lastschrift-Mandat aus)		
Beiträge werden abgeführt ab:			
Bankverbindung für Erstattungen:			
<input type="text"/> Kreditinstitut	<input type="text"/> IBAN (internationale Kontonummer)	<input type="text"/> BIC (internationale Bankleitzahl)	

Datenschutzhinweis:

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie im Internet auf unserer Webseite unter www.bkk-hmr.de/EU-Datenschutzgrundverordnung oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter 0800 0 227337 oder datenschutz@bkk-hmr.de an.

Ort, Datum_____
Firmenstempel, Unterschrift

Stand: 17.12.2018