

**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 – 31999999
80000000 - 89999999

Christoph Dirking

Durchwahl:

-221

Betr.-Nr. 32 – 39999999
90000000-99999999

Elke Möller

-222

Betr.-Nr. 8 – 99999999
40000000-79999999

Kathrin Weber

-224

Vollstreckung, Insolvenzen

Daniela Eydt

-225

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.**Beitragssätze zur Krankenversicherung (KV) und Pflegeversicherung (PV):**

	bis 31.12.2020	ab 01.01.2021
allgemeiner Beitragssatz KV	14,6 %	14,6 %
ermäßigter Beitragssatz KV	14,0 %	14,0 %
kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	1,35 %	1,35 %
PV	3,05 %	3,05 %
PV für Versicherte ohne Kinder	3,3 %	3,3 %

Beitragssätze zur Umlageversicherung:

Umlage 1, Erstattungssatz 60 %:	2,1 %	1,8 %
Umlage 2:	0,29 %	0,59 % (bis 30.09.21: 0,19%)

Beitragssatz zur Insolvenzgeldumlage:

0,06 % 0,12 %

Beitragssatz zur Rentenversicherung:

18,6 % 18,6 %

Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung:

2,4 % 2,4 %

Höchstbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung:

(Beitragsbemessungsgrenze 2021: 4.837,50 €)

	bis 31.12.2020	ab 01.01.2021
KV-Höchstbeitrag bei freiwillig Versicherten	684,38 €	706,28 €
Kassenindividueller Zusatzbeitrag	63,28 €	65,31 €
PV-Höchstbeitrag bei freiwillig Versicherten	142,97 €	147,54 €
PV-Höchstbeitrag freiw. Vers. ohne Kinder	154,69 €	159,64 €

**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:			
Kreditinstitut	IBAN (internationale Kontonummer)		
	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: 04.10.2021