

Fragebogen Firmenstammdaten

Betriebsnummer

1 Angaben Betrieb

Name, Vorname des Arbeitnehmers		Unser Mitglied seit dem	
Firmenbezeichnung	Ansprechpartner		Anzahl Beschäftigte
Rechtsform	HRA- /HRB-Nummer	Zuständiges Registergericht	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon		Fax	
E-Mail			

2 Angaben Beiträge

Ansprechpartner/Steuerberater		Telefonnummer	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

Wir nehmen am Beitragsschätzverfahren teil (Beitragsnachweis des ersten Beitragsmonats ist im Folgemonat enthalten): Nein Ja

Die Beiträge für unsere freiwillig versicherten Arbeitnehmer werden wie folgt abgeführt:

im Firmenzahlverfahren mit der Fälligkeit zum 15. des Folgemonats drittletzten Banktag im Monat Selbstzahlverfahren

Wir nehmen am Umlageverfahren U1 der Heimat Krankenkasse teil:

Nein Ja, ab dem mit folgendem Erstattungssatz: Allgemein Erhöht Ermäßigt

Zahlungsweise per: Scheck Überweisung SEPA-Lastschriftmandat

[Bitte reichen Sie uns in diesem Fall ein SEPA-Lastschriftmandat ein. Dieses steht Ihnen unter www.heimat-krankenkasse.de/download zur Verfügung.]

Ihre Bankverbindung

Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung auch an, wenn Sie kein SEPA-Lastschriftmandat erteilen, damit wir eventuelle Erstattungen zügig und reibungslos vornehmen können.

IBAN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Der oben genannte Arbeitnehmer wird unter folgender Betriebsnummer angemeldet:

Diese Betriebsnummer ist eine Betriebsstätte: Nein Ja, Hauptbetriebsnummer lautet:

Heimat Krankenkasse

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Fax 0521 92395-4150 · Service-Telefon 0800 1060100 [kostenfrei]



Bitte zurücksenden an:

Heimat Krankenkasse
Arbeitgeberservice
Herforder Straße 23
33602 Bielefeld

Oder einfach per Fax zurück an:
0521 92395-4150
Oder über unser Kontaktformular unter:
www.heimat-krankenkasse.de/kontakt