

Rücksendung an

Betriebsnummer: _ _ _ _ _

BKK Landesverband Mitte
Arbeitgebersversicherung
Team Kundenbetreuung
39069 Magdeburg

 **Unsere Anschrift/Firmierung hat sich geändert.
Die aktuelle Anschrift/Firmierung lautet:**

Name 1, Titel

Name 2

Name 3

Straße, Hausnummer/Postfach

PLZ/Ort

Sind in Ihrem Unternehmen im Kalenderjahr 2017 Änderungen gegenüber dem Vorjahr eingetreten?

1. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

- Es sind keine Arbeitnehmer bei einer teilnehmenden Betriebskrankenkasse versichert (siehe www.bkk-aag.de).
- Die Firma wurde geschlossen zum _ _ _ _ _.
- Im Kalenderjahr 2017 wurden an mindestens 5 Monatsersten **mehr als 30 berücksichtigungsfähige Arbeitnehmer** beschäftigt.

Konnten Sie einen der Punkte auswählen, sind keine weiteren Angaben erforderlich.

Sie haben die Möglichkeit, bis zum 31.01.2018 (Ausschlussfrist) einen anderen Erstattungssatz für das Kalenderjahr 2018 zu wählen. Wünschen Sie für das Kalenderjahr 2018 eine Änderung?

2. Für das Kalenderjahr 2018 wähle ich/wählen wir folgenden Erstattungssatz für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit (U1):

- | | | |
|---|------|-----------|
| <input type="checkbox"/> ermäßigter Erstattungssatz: | 50 % | 1,5 v.H * |
| <input type="checkbox"/> allgemeiner Erstattungssatz: | 60 % | 1,8 v.H * |
| <input type="checkbox"/> erhöhter Erstattungssatz: | 80 % | 3,4 v.H * |

* Die Arbeitgeberbeitragsanteile sind mit diesem Erstattungssatz bereits abgegolten.

Der von Ihnen gewählte Erstattungssatz gilt einheitlich für alle am Ausgleichsverfahren der BKK-Arbeitgebersversicherung teilnehmenden Betriebskrankenkassen. Eine Änderung des Erstattungssatzes nach dem 31.01.2018 ist leider nicht mehr möglich. Die Mitteilung über die Höhe des Umlagesatzes mittels Beitragsnachweis ist für die Umlagesatzänderung nicht ausreichend. Bitte informieren Sie Ihren Steuerberater über die Änderung.

Dieses Formular ist nur bei Änderungen an die BKK-Arbeitgebersversicherung zu senden. Vielen Dank!

Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir bis zum 31.12.2018 an die Entscheidung über die Wahl des Erstattungssatzes gebunden bin/sind. Eine anders lautende Entscheidung kann ich/können wir frühestens zum 01.01.2019 mit Wirkung für das Kalenderjahr 2019 treffen.

Ich/Wir versichere/n, dass die Angaben vollständig und richtig sind.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift