

# Erhebungsbogen

Für die Einrichtung eines Arbeitgeberkontos<sup>1</sup>

Bitte vollständig ausfüllen und faxen an 0800 800-4551.

## Grunddaten

Firmenname	<input type="text"/>
Betriebsnummer	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>
Fax*	<input type="text"/>
E-Mail*	<input type="text"/>
Ansprechpartner(in)*	<input type="text"/>

## Rechtsform des Betriebes

Einzelunternehmung

Gesellschaft (zum Beispiel GbR, OHG, KG, GmbH)

Nr. Handelsregister	<input type="text"/>
beim Amtsgericht	<input type="text"/>
Vorname Geschäftsführer(in)	<input type="text"/>
Name Geschäftsführer(in)	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer*	<input type="text"/>
PLZ, Ort*	<input type="text"/>

## Filialbetrieb

nein

ja Bitte Betriebsnummer Hauptbetrieb angeben.

## Arbeitnehmerdaten

Datum Anmeldung Arbeitnehmer(in) bei der IKK classic	<input type="text"/>
Vorname Arbeitnehmer(in)	<input type="text"/>
Name Arbeitnehmer(in)	<input type="text"/>
Rentenversicherungsnummer Arbeitnehmer(in)	<input type="text"/>

(falls nicht vorhanden, bitte Geburtsdatum eintragen)

<sup>1</sup> **Zweck der Datenverarbeitung:** Die IKK classic erhebt und verarbeitet Ihre Daten für die Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben, zur Kontaktaufnahme sowie für die bedarfsorientierte Bereitstellung von Produkten und Leistungen. Die Angabe der mit \* gekennzeichneten Daten ist freiwillig. Der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei der IKK classic widersprechen. Näheres im Datenschutzhinweis am Formularend.

## Angaben zur Lohn- und Gehaltsabrechnung

Die o. a. Abrechnung erledigt ein bevollmächtigtes Steuerbüro:

nein

ja (bitte Daten ergänzen)\*

Name Steuerbüro*	<input type="text"/>
Betriebsnummer Steuerbüro*	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.*	<input type="text"/>
PLZ, Ort*	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>
Fax*	<input type="text"/>
E-Mail*	<input type="text"/>
Ansprechpartner(in)/ Bevollmächtigte(r)*	<input type="text"/>

## Ausgleichsverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

Anzahl der Beschäftigten\*

## Teilnahme am Ausgleichsverfahren Umlage 1 - Erstattung bei Krankheit

ja, wir beschäftigen nicht mehr als 30 Mitarbeiter(innen)

nein, wir beschäftigen mehr als 30 Mitarbeiter(innen)

nein, öffentliche Verwaltung

nein, weil

## Falls ja, bitte um Wahl des Erstattungssatzes für das Ausgleichsverfahren Umlage 1

65% Erstattung (allgemein)

50% Erstattung (ermäßigt)

Bitte beachten: Werden hier keine Angaben gemacht, gilt der allgemeine Erstattungssatz.

## Zahlungsart/Bankverbindung

Wir wünschen den Bankeinzug der Beiträge und fügen dazu das **SEPA-Basislastschrift-Mandat** ausgefüllt und unterschrieben bei.

## Bei Interesse an Serviceangeboten der IKK classic

Wir sind ein Ausbildungsbetrieb und stellen regelmäßig Auszubildende ein.\*

Wir haben Interesse an einer Beratung zur betrieblichen Gesundheitsförderung.\*

Wir sind damit einverstanden, dass die IKK classic uns per E-Mail aktuelle Angebote oder Informationen aus dem Gesundheits- und Versicherungsbereich zusendet. Dieses Einverständnis können wir jederzeit bei der IKK classic mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.\*

Datum

Unterschrift

Stempel Arbeitgeber

**Datenschutzhinweis:** Die Erhebung Ihrer Daten dient der Bearbeitung Ihres Beitragskontos und beruht auf § 28 a ff. SGB IV i. V. m. §§ 288 und 284 SGB V, sowie § 98 SGB X, § 93 ff. SGB XI und § 9 AAG i. V. m. der Satzung der IKK classic. Die Angabe der mit \* gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widersprechen. Die Daten werden an die in § 35 SGB I genannten Stellen weitergeleitet, die diese Angaben im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung benötigen. Eine Weitergabe der Daten an weitere Dritte erfolgt nicht. Weitere Informationen dazu finden Sie unter [www.ikk-classic.de/datenschutz](http://www.ikk-classic.de/datenschutz)