

Firmenbezeichnung: _____

Antwort an:

pronova BKK
Postfach 21 02 27
67002 Ludwigshafen

Firmenkundenauskunft

Betriebsnummer	
Betriebsnummer unter der die Beiträge gezahlt werden (falls abweichend)	
Wird der Beitragsanteil des Arbeitgebers bei freiwillig Versicherten an den Arbeitnehmer ausgezahlt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vollständiger Firmenname (falls abweichend)	
Anschrift (falls abweichend)	
Rechtsform der Firma	
Rechtskreis	<input type="checkbox"/> West <input type="checkbox"/> Ost
Bankverbindung (für evtl. Beitragserstattung)	IBAN: _____ BIC: _____
ggf. eingetragen im Handelsregister/HR-Nr.	
ggf. Geschäftsführer/Gesellschafter	
Zuständige Berufsgenossenschaft	
Anzahl der Beschäftigten	
Ausbildungsbetrieb	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nimmt Ihr Betrieb am Ausgleichsverfahren der Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit (U1-Verfahren) teil?	<input type="checkbox"/> ja → bitte noch „Wahlerklärung zum Erstattungssatz in der Umlage 1“ ausfüllen <input type="checkbox"/> nein
Bemerkung	
 Ansprechpartner im Betrieb für Meldungen und Beiträge	Name: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____
Steuerberater	Name: _____ Telefon: _____
Datum	Unterschrift