

Fragebogen zur Eröffnung eines Beitragskontos

1. Angaben zur Firma

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

Inhaber _____ Rechtsform _____

Ansprechpartner
Personalabteilung _____ Rechtskreis West Ost

Betriebsnummer für Meldungen _____ Betriebsnummer bei Beitragsnachweisen _____

2. Angaben zur Steuerberatung

Die Lohnabrechnung führt unser Steuerberater durch:

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Fax _____

Ansprechpartner _____

Betriebsnummer _____

Hiermit erteilen wir dem Steuerberater die Vollmacht über die Ausübung unserer Interessen.

3. Wahlerklärung für die Teilnahme am Ausgleichsverfahren nach dem AAG

Für unsere Aufwendung der Entgeltfortzahlung bei Krankheit (U1) wählen wir den folgenden Erstattungssatz

- Erstattungssatz 70% (Standard) Umlagesatz 1,60%
- Erstattungssatz 80% (erhöht) Umlagesatz 2,70%
- Erstattungssatz 50% (ermäßigt) Umlagesatz 1,10%

Datum _____ Unterschrift _____

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Durch das Sozialgesetzbuch (SGB V) ist die TK verpflichtet, diese Daten umfassend zu schützen.



Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

Firmenname _____

Straße, Nr. _____
PLZ, Ort _____
Betriebs-Nr. _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: **DE51TK10000031158**
Mandatsreferenznummer: wird nachgereicht

Wir ermächtigen die Techniker Krankenkasse, Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Techniker Krankenkasse auf unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zugleich verpflichten wir uns, die Techniker Krankenkasse bei Beendigung unseres Mandats zu benachrichtigen.

Der Einzug gilt ab _____
Monat Jahr

IBAN _____

Die Firma ist der Kontoinhaber: Ja Nein, dann bitte den abweichenden Kontoinhaber angeben

Vorname, Nachname bzw. Firma

Straße, Nr.

PLZ Ort

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____
Tag Monat Jahr Kontoinhaber/in

5032 13872569



Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) und § 94 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI).