

Ernst & Young BKK, PF 12 11, 34202 Melsungen

Information für neue Arbeitgeber!

Betriebskrankenkasse der  
Ernst & Young GmbH  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft  
Rotenburger Straße 16  
34212 Melsungen

Service-Zeiten:  
Montag bis Freitag 7.00 – 22.00 Uhr  
Servicenummer: 0800 / 2257244

Gesprächspartner:  
Team Beitrag

Telefon: 05661/70767-30  
Fax: 05661/70767-49  
e-Mail: beitraege@ey-bkk.de

## **Herzlich Willkommen in der Ernst & Young BKK**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir heißen Sie herzlich Willkommen als neuen Arbeitgeber bei der Ernst & Young BKK und freuen uns auf die Zusammenarbeit.

Für Ihre Betreuung benötigen wir noch einige Informationen von Ihnen. Bitte beantworten Sie hierfür die Fragen auf dem beiliegendem Vordruck.

Alle wichtigen Daten bezüglich unserer Ernst & Young BKK können Sie den beiliegenden Blättern entnehmen.

Bei Fragen zu Ihrem Beitragskonto und zu Themen der Sozialversicherung stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Zögern Sie bitte nicht, auf uns zuzukommen.

Freundliche Grüße

**Ihre Ernst & Young BKK**

Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.

Bankverbindung:  
IBAN: DE21 5206 2601 0202 0854 70  
Swift/BIC: GENODEF1HRV

Betriebs-Nr. 469 397 89  
(KV) IK-Nr. 10 57 32 32 4  
(PV) IK-Nr. 18 57 32 32 4

**Bitte zurücksenden an:**

BKK Ernst & Young  
Postfach 12 11  
34202 Melsungen

**Arbeitgeberstammdaten für die Ernst & Young BKK:**

**Zuständige Einzugsstelle für (Name des Arbeitnehmers):** \_\_\_\_\_

Eröffnung des Arbeitgeberkonto bei der Ernst & Young BKK (ab/seit):				
Welche (vom Arbeitsamt vergebene) Betriebsnummer verwenden Sie bei:	Meldung	Beitragsnachweis	Zahlung	<b>Hauptbetriebsnummer</b>
Rechtskreis	<input type="checkbox"/> Ost <input type="checkbox"/> West			
Firmenname: Straße, PLZ Ort:				
Gesellschaftsform (z.B. GmbH, GbR etc.):				
ggf. Geschäftsführer / Gesellschafter (Name und Anschrift):				
zuständige Berufsgenossenschaft:				
Ansprechpartner für BKK: (Name und Tel.-Durchwahl):				
Fax-Nr.: / Email-Adresse:				
Steuerberater (bitte auch Anschrift und Telefon bzw. Fax):				
Teilnahme am Umlageverfahren <i>Bitte beachten Sie auch die Anlage dieses Schreibens</i>	<input type="checkbox"/> U1 Erstattung von Entgeltfortzahlung <input type="checkbox"/> Ermäßigter Umlagesatz <input type="checkbox"/> Allgemeiner Umlagesatz <input type="checkbox"/> Erhöhter Umlagesatz <input checked="" type="checkbox"/> U2 Erstattung von Aufwendungen bei Mutterschaftsgeldzahlungen			

---

**Datum, Stempel/Unterschrift**

## Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit (U1) und Schwangerschaft/Mutterschaft (U2) nach dem AAG

### Sehr geehrte Damen und Herren,

vor Ihnen liegt die Erklärung zur Feststellung der Teilnahme am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG. Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, zum Beginn eines Kalenderjahres, bei (Wieder-) Eröffnung eines Betriebes oder bei erstmaliger Einstellung von Arbeitnehmern zu prüfen, ob der Arbeitgeber am Ausgleichsverfahren teilnimmt. Bitte senden Sie uns die Erklärung ausgefüllt und unterzeichnet zurück. Bedenken Sie bitte, dass unser Ergebnis von Ihren Angaben abhängig ist. Sie helfen uns daher, wenn Sie die Erklärung sorgfältig und vollständig ausfüllen. Danke!

Der Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen ist eine Versicherung für Sie als Arbeitgeber. Bei Eintritt des Versicherungsfalles werden die in Gesetz und Satzung enthaltenen Leistungen an Sie gezahlt. Für die Beurteilung Ihrer Teilnahme am Ausgleichsverfahren U1 ist die **Gesamtzahl Ihrer Beschäftigten** wichtig, unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse der einzelne Arbeitnehmer versichert ist.

Für die Ermittlung der Beschäftigtenzahlen geben sie bitte die Anzahl der Arbeitnehmer an, die Sie in dem Kalenderjahr beschäftigt, das dem Kalenderjahr vorausgeht, für welches jetzt die Teilnahme festgestellt werden soll. Geben Sie also die **Anzahl Ihrer Beschäftigten aus dem Vorjahr des Kalenderjahres** an, wenn die Teilnahme für das laufende Kalenderjahr festgestellt werden soll.

Wurde Ihr Betrieb erst im vorausgehenden Kalenderjahr gegründet, geben Sie bitte nur für die Betriebstätigkeit die Anzahl Ihrer Arbeitnehmer an. Wurde Ihr **Betrieb erst im Kalenderjahr gegründet**, für welches die Feststellung erfolgen soll, schätzen Sie bitte gewissenhaft die Anzahl Ihrer Arbeitnehmer bis zum Ende dieses Kalenderjahres. **(3.6.)**

In beiden Fällen nennen Sie uns bitte das Datum, seit wann Ihr Betrieb besteht. **(1.)**

Bei der Ermittlung Ihrer Gesamtbeschäftigtenzahl werden jedoch nicht alle Arbeitnehmer berücksichtigt. Die Beurteilung, wie ein Arbeitnehmer bei der Berechnung zu berücksichtigen ist, erfolgt nach Faktoren, die sich an der wöchentlichen Arbeitszeit des Arbeitnehmers orientieren:

Arbeiter und Angestellte mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mehr als 30 Stunden	Faktor 1
Arbeiter und Angestellte mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mehr als 20 Stunden bis max. 30 Stunden	Faktor 0,75
Arbeiter und Angestellte mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mehr als 10 Stunden bis max. 20 Stunden	Faktor 0,5
Arbeiter und Angestellte mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 10 Stunden	Faktor 0,25

Andere Arbeitnehmer werden bei der Ermittlung der Gesamtbeschäftigtenzahl dagegen nicht berücksichtigt bzw. nur für den Zeitraum der Abwesenheit vom Arbeitsort nicht berücksichtigt:

Arbeiter und Angestellte in der Elternzeit	nicht berücksichtigen
Arbeiter und Angestellte in der Freistellungsphase einer Altersteilzeit	nicht berücksichtigen
Auszubildende und Praktikanten	nicht berücksichtigen
Wehr- und Zivildienstleistende	nicht berücksichtigen
Schwerbehinderte mit einem Grad der Behinderung von mind. 50%	nicht berücksichtigen
Mitarbeitende Familienangehörige in der Landwirtschaft	nicht berücksichtigen

Beschäftigen Sie nur Arbeitnehmer, die bei der Errechnung der Gesamtbeschäftigtenzahl Ihres Betriebes nicht zu berücksichtigen sind (z.B. Auszubildende), und erfüllen Sie die weiteren Teilnahmevoraussetzungen, nehmen Sie am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen teil.

Am Umlageverfahren nehmen Arbeitgeber teil, die regelmäßig **nicht mehr als 30 Arbeitnehmer** beschäftigen. Jeder umlagepflichtige Arbeitgeber kann entsprechend der Satzung der BKK-Arbeitgeberversicherung zwischen zwei verschiedenen Umlage- und Erstattungssätzen U1 wählen **(4.)**. Die Wahl kann bei Feststellung der Teilnahme zum Beginn eines Kalenderjahres bis zum **31.01. des laufenden Kalenderjahres**, bei erstmalig teilnehmenden Arbeitgebern bis zum 15. des Folgemonats, in dem erstmalig Umlagebeiträge an ein teilnehmende Betriebskrankenkasse abzuführen sind, ausgeübt werden.

**An die Wahl des Umlage- und Erstattungssatzes U1 sind Sie für das Kalenderjahr gebunden. Bitte beachten Sie, dass der von Ihnen gewählte Umlage- und Erstattungssatz einheitlich für alle teilnehmenden Betriebskrankenkassen gilt.**

Insbesondere sind Sie als Arbeitgeber auch dann umlagepflichtig zur Umlage U2, **wenn Sie mehr als 30 Arbeitnehmer oder ausschließlich männliche Arbeitnehmer beschäftigen.**

Für die Teilnahme am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen kommt es allein darauf an, ob Sie als Arbeitgeber die in Gesetz und Satzung festgelegten Voraussetzungen erfüllen. Erfüllen Sie diese Voraussetzungen, hat die Krankenkasse die Teilnahme festzustellen. Dies ist auch der Fall, wenn die Feststellung nicht zu Beginn, sondern erst im Laufe eines Kalenderjahres erfolgt.

**Die Teilnahme am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen** beginnt mit dem 1. Januar eines Kalenderjahres. Wird ein Betrieb im Laufe des Kalenderjahres gegründet, beginnt die Teilnahme mit dem Tag der Aufnahme der Betriebstätigkeit. **Die Teilnahme endet mit Ablauf des Kalenderjahres**, wenn die Voraussetzungen für die Teilnahme am Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen während des Kalenderjahres entfallen. Sie endet jedoch bereits mit dem Tag der Einstellung der Betriebstätigkeit, wenn dieser Zeitpunkt in den Lauf eines Kalenderjahres fällt.

Für Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

### 1. Arbeitgeber

Bitte ergänzen bzw. korrigieren Sie die noch fehlenden Angaben!

**Betriebsnummer**                      ggf. abweichende Betriebsnummer, unter der die Beitragszahlung erfolgt (Hauptbetriebsnummer)

Anrede                      Titel

Name 1

Name 2

Straße                      Postfach

PLZ und Ort

Betrieb besteht seit

Ansprechpartner  Frau  Herr

Telefon                      Fax

e-mail

### 2. Bankverbindung

Die Erstattungen der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG sollen bis auf Widerruf an die folgende Bankverbindung überwiesen werden.

IBAN                      BIC

Kreditinstitut

Kontoinhaber

### 3. Angaben zum Arbeitgeber

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und kreuzen Sie Zutreffendes an!

3.1 Betrieb ist ein  privater Haushalt  landwirtschaftliches Unternehmen  Saisonbetrieb

3.2 Sind Sie eine Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts?  ja  nein

3.3 Sind Sie **verpflichtet**, das Arbeitsentgelt Ihrer Arbeitnehmer nach dem **BAT/TVöD**, also nach dem Tarifvertrag, der für die Arbeiter des Bundes, der Länder oder der Gemeinden gilt, zu zahlen?  ja  nein

3.4 Sind Sie Hausgewerbetreibender?  ja  nein

3.5 Sind Sie ein Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege oder dessen Untergliederung, Einrichtung, Anstalt oder Mitglied?  ja  nein

3.6 Beschäftigten Sie im zugrunde zu legenden Kalenderjahr (Vorjahr) an mindestens 5 Kalendermonaten **mehr als 30** berücksichtigungsfähige Arbeitnehmer? Arbeitnehmer sind wie folgt zu berücksichtigen:  ja  nein

- mit 0,25 bei einer Arbeitszeit unter 10 Stunden wöchentlich
- mit 0,50 bei einer Arbeitszeit von mehr als 10 bis zu 20 Stunden wöchentlich
- mit 0,75 bei einer Arbeitszeit von mehr als 20 bis zu 30 Stunden wöchentlich
- mit 1,00 bei einer Arbeitszeit von mehr als 30 Stunden wöchentlich

### 4. Erstattung der Entgeltfortzahlung bei Krankheit (U1)

Bitte kreuzen Sie den Umlage- und Erstattungssatz an, der für Erstattungen der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (U1) gelten soll. (Umlage- und Erstattungssätze siehe Anschreiben)

ermäßigter Umlage- u. Erstattungssatz  allgemeiner Umlage- u. Erstattungssatz  erhöhter Umlage- u. Erstattungssatz

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

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

## Wichtige Hinweise für die Personalabrechnung - Jahr 2018 -

- BKK-Betriebs-Nr. 469 397 89
- Institutions-Kennzeichen 105 732 324
- Bankverbindung für Beitragszahlung VR PartnerBank eG Chattengau-Schwalm-Eder,  
IBAN: DE21 5206 2601 0202 0854 70 BIC: GENODEF1HRV

### Zeitpunkt für Einreichung der Beitragsnachweise für 2018 :

Jan	Feb	Mrz	Apr	Mai	Jun
26.	23.	25.	24.	22.	24.
Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez
27.	25.	24.	26.	24.	22.

### Fälligkeitstermine für 2018 :

Jan	Feb	Mrz	Apr	Mai	Jun
28.	25.	27.	28.	27.	26.
Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez
29.	27.	28.	28.	26.	28.

- Für alle anderen Beiträge gilt: Beiträge werden **spätestens am 15. des der Entgeltzahlung folgenden Monats** fällig.
- Beitragsnachweise und Überweisungen: Bitte geben Sie auf der Beitragsnachweisung/Überweisung stets Ihre Betriebsnummer an. Ansonsten ist keine Zuordnung möglich.
- Datenannahmestelle für Datenübermittlung (DÜVO): BITMARCK SERVICE GMBH  
Kronprinzenstr. 6  
45128 Essen

### **Beitragssätze**

\* Arbeitnehmeranteil: halber Beitragssatz + 0,99 % % Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

- **allgemein** 14,6 %\*
- Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz 0,99 % %\*
- ermäßigt 14,0 %\*
- Rentenversicherung 18,6 %
- Arbeitslosenversicherung 3,0 %
- Pflegeversicherung 2,55 % (mit Kind) bzw. 2,8 % (ohne Kind)
- Versorgungsbezüge 14,6

Sofern Sie am Umlageverfahren für Krankheit und Mutterschaft teilnehmen, gelten bei uns die Erstattungssätze des BKK Landesverband Mitte. Diese betragen seit dem **01.01.2018:**

- U1 erhöhter Umlagesatz 80 %: 3,4 %
  - U1 ermäßigter Umlagesatz 50 %: 1,5 %
  - U1 allgemeiner Umlagesatz 60 %: 1,8 %
  - U2 Mutterschaft 0,45 %
- Für die Werte vor dem  
01.01.2018 sprechen  
Sie uns bitte an!

### **Bemessungsgrenzen für das Jahr 2018**

- Kranken-/Pflegeversicherung: 4.425,00 €
- Versicherungspflichtgrenze: 4.950,00 €
- Renten-/Arbeitslosenversicherung West: 6.500,00 €
- Höchstbeitrag (für freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer) 689,86 €
- Höchstbeitrag (für freiwillig pflegeversicherte Arbeitnehmer) 112,84 € (mit Kind); 123,90 € (ohne Kind)

