

1. Angaben zur Firma

Name: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____
E-Mail: _____
Inhaber: _____
Ansprechpartner
Personalabteilung: _____
Betriebsnummer für Meldungen: _____ Betriebsnummer bei
Beitragsnachweisen: _____
Name, Vorname und Geburts-
datum des Arbeitnehmers, für
den wir Beiträge abführen: _____ Beginn der
Beschäftigung: _____
Anzahl der Arbeitnehmer insgesamt: _____

2. Angaben zur Steuerberatung

Name: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____
Ansprechpartner: _____ Betriebsnummer der
Steuerberatung: _____

Einwilligung: Ich bin damit einverstanden, dass die VIACTIV Krankenkasse dem oben genannten Steuerberater bei Fragen zur Sozialversicherung im Zusammenhang mit dem Melde- und Beitragsrecht Auskunft erteilen und dieser notwendige Informationen einholen darf. Wird die Einwilligung nicht erteilt, können Anfragen des Steuerberaters nicht beantwortet werden.

3. Wahlerklärung zur Teilnahme am Ausgleichsverfahren nach dem AAG

Für die Erstattung der Entgeltfortzahlung bei Krankheit (U1) wählen wir den folgenden Erstattungssatz:

50% 60% 80%

4. Bankverbindung

Unsere Bankverbindung für Erstattungen (gilt **nicht** als SEPA-Mandat) lautet:

Name des Kreditinstituts: _____
IBAN: _____

5. Sonstiges

Wir haben Interesse an einer Beratung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement: ja nein

Datum _____ Firmenstempel und Unterschrift _____

Datenschutzhinweis:

Wir benötigen Ihre Angaben, um unsere Aufgaben für Sie richtig erfüllen zu können. Die Grundlage hierfür ist § 67a Abs. 1 SGB X in Verbindung mit den §§ 28a-i SGB IV. Als Krankenversicherung sind wir gesetzlich verpflichtet, diese Daten umfassend zu schützen.