

BMW BKK, Postfach 1533, 84126 Dingolfing

## Informationen für den Arbeitgeber

### Ihr persönlicher Kontakt

Arbeitgeberservice

+49 40- 20901-1614

+49 8731 76-29955

Arbeitgeber@bmwbkk.de

### Ihr Zeichen

### Datum

## Berechnung und Abführung der Beiträge

Sehr geehrte Damen und Herren,

es freut uns, Sie als neuen Arbeitgeber begrüßen zu dürfen.

Unter untenstehender Anschrift bzw. obiger Telefonnummer stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Zur schnelleren Vermittlung geben Sie bitte immer Ihre Betriebsnummer an. Unsere Betriebsnummer, sowie alle für die Lohn- und Gehaltsabrechnung relevanten Daten, haben wir in der Anlage für Sie zusammengestellt.

Die Meldungen und Beitragsnachweise übersenden Sie bitte als gesicherte und verschlüsselte elektronische Daten an:

Bitmarck Service GmbH,  
Lindenallee 6-8, 45127 Essen  
**ag@bitmarck-daten.de**  
Empfänger-Betriebsnummer 35382142

Überweisen Sie den Gesamtsozialversicherungsbeitrag für unsere Versicherten stets so zeitig, dass dieser am drittletzten Bankarbeitstag des jeweiligen Monats auf unserem Konto bei der **HypoVereinsbank (BIC: HYVEDEMM433, IBAN: DE497432 0073 0003762041)** gutgeschrieben ist. Als Überweisungstext geben Sie einfach Ihre Betriebsnummer an. Gerne können Sie uns auch beliebiges SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden oder Sie übermitteln uns dies bequem auf digitalen Weg mittels des DEÜV-Meldeverfahren (Datensatz Arbeitgeberkonto). Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang den Beitragsnachweis entsprechend der vorgegebenen Fälligkeitstermine einzureichen.

Zur Anlage eines Beitragskontos wären wir Ihnen, für die Beantwortung und Rücksendung beigefügten Fragebogens, sehr verbunden. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Freundliche Grüße  
Ihre BMW BKK

**Betriebskrankenkasse der BMW AG**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Institutionskennzeichen (IK): 109034270  
**Pflegekasse der BMW BKK**  
Institutionskennzeichen (IK): 189034270

**Postanschrift**  
Postfach 15 33  
84126 Dingolfing  
**Hausanschrift**  
Mengkofener Str. 6  
84130 Dingolfing

**Bankkonto**  
HypoVereinsbank  
**IBAN**  
DE49 7432 0073 0003 7620 41  
**BIC** HYVEDEMM433

**Gebührenfreier Servicruf**  
0800 1128240  
**Internet**  
www.bmwbkk.de

Für hohe  
Kundenzufriedenheit



## Arbeitgeberdaten:

Betriebsnummer: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Name : \_\_\_\_\_

Straße : \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon /FAX: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Werden die Gesamtsozialversicherungsbeiträge für diesen Betrieb (-teil) zentral über eine andere Stelle abgerechnet, geben Sie uns bitte ebenfalls die Betriebsnummer und die Anschrift dieser Abrechnungsstelle bekannt.

Betriebsnummer: \_\_\_\_\_

Firmenanschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon/FAX: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Tel.: +49 40 20901-1614  
E-Mail: Arbeitgeber@bmwbkk.de

BMW BKK  
Postfach 15 33  
84126 Dingolfing

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE16BMW00000163417

Mandatsreferenz:

Nach Rückgabe des ausgefüllten Formulars wird für Sie eine Mandatsreferenznummer vergeben. Diese können Sie bei jeder Abbuchung dem Verwendungszweck Ihres Kontoauszuges entnehmen.

BBNR: \_\_\_\_\_

  

**Mandat für einmalige Zahlung**

**Mandat für wiederkehrende Zahlung**

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die BMW BKK, Zahlungen von dem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BMW BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

BIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

\_\_\_\_\_  
(8 oder 11-stellig)

IBAN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(max. 34-stellig)

Die Abbuchung soll erstmalig erfolgen für Monat/Jahr: \_\_\_\_ / 202\_\_

**Kontoinhaber (bitte nur ausfüllen, falls Zahlung durch eine andere Person erfolgt):**

\_\_\_\_\_  
Name/Firma

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Ort**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Kontoinhabers**

## Aktuelle Beitragswerte ab 01.01.2026

**Betriebsnummer BMW BKK** 87271125

<b>Beitragsbemessungsgrenzen</b>	Rechtskreis West	Rechtskreis Ost
Kranken- und Pflegeversicherung	69.750,00 €	69.750,00 €
Renten- und Arbeitslosenversicherung	101.400,00 €	101.400,00 €

<b>Jahresarbeitsentgeltgrenze</b>	Rechtskreis West und Ost
allgemeine nach § 6 Abs. 6 SGB V	77.400,00 €
besondere nach § 6 Abs. 7 SGB V	69.750,00 €

<b>Beitragsätze</b>	Rechtskreis West und Ost
Krankenversicherung allgemein	14,60 %
Krankenversicherung ermäßigt	14,00 %
Versorgungsbezüge (inklusive Zusatzbeitrag; gültig ab 01.03.2016)	18,50 %
Kassenindividueller Zusatzbeitrag	3,90 %
Pflegeversicherung Kinderlos	4,20 % (Arbeitnehmeranteil 2,40 % *)
Pflegeversicherung Mitglied mit 1 Kind	3,60 % (Arbeitnehmeranteil 1,80 % *)
Pflegeversicherung Mitglied mit 2 Kinder	3,35 % (Arbeitnehmeranteil 1,55 % *)
Pflegeversicherung Mitglied mit 3 Kinder	3,10 % (Arbeitnehmeranteil 1,30 % *)
Pflegeversicherung Mitglied mit 4 Kinder	2,85 % (Arbeitnehmeranteil 1,05 % *)
Pflegeversicherung Mitglied mit 5 oder mehr Kinder	2,60 % (Arbeitnehmeranteil 0,80 % *)
Rentenversicherung	18,60 %
Arbeitslosenversicherung	2,60 %
Insolvenzgeldumlage	0,15 %
Gleitzonefaktor F	0,6619

\* Für Arbeitnehmer in Sachsen gilt ein Aufschlag von 0,5%

<b>Umlageverfahren</b>	Rechtskreis West und Ost
Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit <b>U1</b>	
50 % Erstattung inkl. Arbeitgeberbeitragsanteile	ermäßigt 1,73 %
60 % Erstattung inkl. Arbeitgeberbeitragsanteile	allgemein 2,10 %
80 % Erstattung inkl. Arbeitgeberbeitragsanteile	erhöht 4,00 %
Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft <b>U2</b>	
100 % Erstattung (zzgl. 20 % Erstattung AG Beitragsanteil bei Beschäftigungsverbot)	0,40 % (nicht bei LV-Ost)

### Fälligkeitstermine

Monat	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Beiträge	28.	25.	27.	28.	27.	26.	29.	27.	28.	28.	26.	28.
Beitragsnachweis	26.	23.	25.	24.	22.	24.	27.	25.	24.	26.	24.	22.
Zur Wahrung der Frist muss der Beitragsnachweis am Vortag bis 24:00 Uhr eingereicht sein.												

Beratung in <b>Beitragsangelegenheiten:</b> Postfach 15 33, 84126 Dingolfing Tel.: 040/20901-1614 Arbeitgeber@bmwbkk.de	Beratung in <b>Meldeangelegenheiten:</b> Postfach 15 33, 84126 Dingolfing Tel.: 08731/76-23131 team.meldungen@bmwbkk.de
Umlageverfahren <b>Lohnfortzahlung (U1):</b> BKK-Arbeitgebersversicherung 39069 Magdeburg Tel.: 01801/255 539 info@bkk-aag.de	Umlageverfahren <b>Mutterschaft (U2):</b> Betriebskrankenkasse der BMW AG Postfach 15 33, 84126 Dingolfing Tel.: 08731/76-23131 team.meldungen@bmwbkk.de