

BMW BKK Postfach 1533, 84126 Dingolfing

## Informationen für den Arbeitgeber!

Ihr Zeichen  
Ihre Nachricht vom  
Abt. / Absender Arbeitgeberservice  
Telefon 040/20901-1614  
E-Mail Arbeitgeber@bmwbkk.de  
Datum  
Thema **Berechnung und Abführung der Beiträge**

**Betriebskrankenkasse  
der BMW AG**  
Körperschaft des  
öffentlichen Rechts

**Pflegekasse  
der BMW BKK**

**Postanschrift**  
Postfach 15 33  
84126 Dingolfing

**Hausanschrift**  
Mengkofener Str. 6  
84130 Dingolfing

**Gebührenfreier  
Servicruf**  
0800 112 82 40

**Telefax**  
+49 8731 76-29953

**Internet**  
www.bmwbkk.de

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

**Institutions-  
kennzeichen (IK)**  
**BMW BKK**  
109034270

**Institutions-  
kennzeichen (IK)**  
**Pflegekasse**  
**der BMW BKK**  
189034270



für hohe  
Kundenzufriedenheit

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Unter nebenstehender 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. 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.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre BMW BKK

Empfänger

Datum

Seite

2

## 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.: 040/20901-1614  
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.

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

- 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

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name) BIC: \_\_\_\_\_  
(8 oder 11-stellig)

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

### 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 2022

	Rechtskreis West	Rechtskreis Ost
<b>Betriebsnummer BMW BKK</b>	<b>87271125</b>	
<b>Jahresarbeitsentgeltgrenze</b> allgemeine nach § 6 Abs. 6 SGB V besondere nach § 6 Abs. 7 SGB V	64.350,00 € 58.050,00 €	64.350,00 € 58.050,00 €
<b>Beitragsbemessungsgrenzen</b> Kranken- und Pflegeversicherung Renten- und Arbeitslosenversicherung	58.050,00 € 84.600,00 €	58.050,00 € 81.000,00 €
<b>Beitragssätze</b> Krankenversicherung allgemein Krankenversicherung ermäßigt Versorgungsbezüge* * inklusive Zusatzbeitrag; gültig ab 01.03.2016 Kassenindividueller Zusatzbeitrag Gleitzonefaktor F	14,6 % 14,0 % 14,9 %*  0,3 % 0,7509	14,6 % 14,0 % 14,9 %*  0,3 % 0,7509
Pflegeversicherung (ohne Beitragszuschlag) Pflegeversicherung Beitragszuschlag kinderlos Rentenversicherung Arbeitslosenversicherung Insolvenzgeldumlage	3,05 % 0,35 % 18,6 % 2,40 % 0,09 %	3,05 % 0,35 % 18,6 % 2,40 % 0,09 %
<b>Umlageverfahren</b> Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit <b>U1</b> -50 % Erstattung inkl. Arbeitgeberbeitragsanteile -60 % Erstattung inkl. Arbeitgeberbeitragsanteile -80 % Erstattung inkl. Arbeitgeberbeitragsanteile  Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft <b>U2</b> 100 % Erstattung (zzgl. 20 % Erstattung AG Beitragsanteil bei Beschäftigungsverbot)	ermäßigt 1,40 % allgemein 1,70 % erhöht 3,20 %  0,60 % (nicht bei LV-Ost)	ermäßigt 1,40 % allgemein 1,70 % erhöht 3,20 %  0,60 % (nicht bei LV-Ost)
<b>Monatlicher Höchstbeitrag zur BMW BKK</b> Krankenversicherung (allg. inkl. Zusatzbeitrag) Pflegeversicherung ohne Beitragszuschlag Pflegeversicherung kinderlos Höchstzuschuss Krankenversicherung (PKV) Höchstzuschuss Pflegeversicherung Höchstzuschuss Pflegevers. Sachsen	720,79 € 147,54 € 164,48 € 384,58 € 73,77 € 49,58 €	720,79 € 147,54 € 164,48 € 384,58 € 73,77 € 49,58 €

<b>Fälligkeitstermine</b>												
Monat	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Beiträge	27.	24.	29.	27.	27.	28.	27.	29.	28.	27.	28.	28.
Beitragsnachweis	25.	22.	25.	25.	24.	24.	25.	25.	26.	25.	24.	23.
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.: 040/20901-1615 Mitglied@bmwbkk.de
Umlageverfahren <b>Lohnfortzahlung (U1):</b> BKK-Arbeitgeberversicherung 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.: 0800 1128240 Mitglied@bmwbkk.de