

# Firmenkundenauskunft

**Damit wir Ihre Abrechnungsdaten vervollständigen können:**  
Bitte füllen Sie diese Firmenkundenauskunft aus und senden Sie sie unterschrieben an uns zurück.

Gleich  
ausfüllen  
und  
absenden

## 1. Stammdaten des Firmenkunden

Firma:			Betriebsnummer:	
Straße/Postfach:				
PLZ:		Ort:		
Ansprechpartner im Personalbereich:				
Telefon:			E-Mail:	
Handelsregisternummer:			Anzahl der Beschäftigten:	
Ausbildungsbetrieb	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Rechtskreis	<input type="checkbox"/> West	<input type="checkbox"/> Ost		
Erster Abrechnungsmonat (MMJJJJ):				
Wie werden Sie Ihren Beitragsnachweis abgeben?				
<input type="checkbox"/> monatlich neu <input type="checkbox"/> Dauerbeitragsnachweis aufgrund gleichbleibender Werte				

## 2. Angaben zum Steuerberater

Erfolgt Ihre Lohn- und Gehaltsabrechnung durch einen Steuerberater?

nein       ja (bitte ergänzen Sie die folgenden Angaben)

**Daten des Steuerberaters:**

Name:	
Straße/Postfach:	
PLZ und Ort:	
Telefon:	

**Wichtig:** Wenn Sie einverstanden sind, dass die Mobil Krankenkasse dem oben genannten Steuerberater bei Fragen zur Sozialversicherung im Zusammenhang mit dem Melde- und Beitragsrecht Auskunft erteilt, **senden Sie bitte die beiliegende Einwilligungserklärung ausgefüllt an uns zurück.**

Liegt die Einwilligung nicht vor, können Anfragen des Steuerberaters nicht beantwortet werden.

## Firmenkundenauskunft

### 3. Angaben zur Betriebsnummer

Haben Sie mehrere Betriebsstätten (z. B. Standorte, Niederlassungen) mit unterschiedlichen Betriebsnummern?

nein  ja (bitte ergänzen Sie die folgenden Angaben)

Mit welcher Betriebsnummer erfolgt die Beitragszahlung?

Über welche Betriebsnummer erfolgt der Beitragsnachweis?

Mit welcher Betriebsnummer erfolgt die Meldung zur Sozialversicherung?

### 4. Angaben zum Umlageverfahren

Nimmt Ihr Betrieb am Ausgleichsverfahren der Arbeitgebераufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit (U1-Verfahren) teil?

nein  ja (bitte ergänzen Sie die folgenden Angaben)

Für die Erstattungen der Arbeitgebераufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit wähle ich den

ermäßigten Umlagesatz  allgemeinen Umlagesatz  erhöhten Umlagesatz

### 5. Weitere Informationen

Hier können Sie uns ggf. weitere Informationen mitteilen:

**Datenschutzhinweis:** Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: [info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Erhebung von Einnahmen im Rahmen von § 76 Sozialgesetzbuch (SGB) IV i.V.m. § 98 SGB X. Ihre Angaben werden gemäß § 80 SGB X an unseren Auftragsverarbeiter, die ARGE GSV plus GmbH, weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift

### Senden Sie bitte diese Seiten ausgefüllt zurück

**Per Post:**

Mobil Krankenkasse  
c/o ARGE GSV PLUS  
Postfach 700106, 22001 Hamburg

**Per E-Mail:**

Unterlagen scannen und senden an  
[info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)

**Per Fax:**

040 20901-5999

# SEPA-Lastschriftmandat

Mit dem SEPA-Lastschriftmandat ermächtigen wir die Mobil Krankenkasse, Zahlungen von unserem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Geldinstitut an, die von der Mobil Krankenkasse auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Gläubiger-Identifikationsnummer lautet: DE86ZZZ00001158056

Gleich ausfüllen und absenden.

## 1. Daten des Firmenkunden

Firma (Kontoinhaber):

Betriebsnummer:

Straße/Postfach:

PLZ:

Ort:

## 2. Angaben zur Bankverbindung

Name des Geldinstituts:

BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig:

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

Die Einzugsermächtigung gilt ab dem Abrechnungsmonat:

Name und Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend von der oben genannten Firma):

Uns ist bekannt, dass der jeweils gültige Beitragsnachweis spätestens zwei Arbeitstage vor dem drittletzten Bankarbeitstag des jeweiligen Monats bei der Mobil Krankenkasse einzureichen ist.

**Datenschutzhinweis:** Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: [info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Erhebung von Einnahmen im Rahmen von § 76 Sozialgesetzbuch (SGB) IV i. V. m. § 98 SGB X. Ihre Angaben werden gemäß § 80 SGB X an unseren Auftragsverarbeiter, die ARGE GSV plus GmbH, weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift

Das SEPA-Lastschriftmandat kann jederzeit von uns schriftlich widerrufen werden. Hinweis: Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Senden Sie bitte diese Seite ausgefüllt zurück

### Per Post:

Mobil Krankenkasse  
c/o ARGE GSV PLUS  
Postfach 700106, 22001 Hamburg

### Per E-Mail:

Unterlagen scannen und senden an  
[info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)

### Per Fax:

040 20901-5999

## Sozialversicherungswerte ab 01.01.2024

Sozialversicherungszweig	Beitragssatz	Höchstbeitrag (monatlich)	
Rentenversicherung	18,6 %	1.404,30 Euro West	1.385,70 Euro Ost
Arbeitsförderung	2,6 %	196,30 Euro West	193,70 Euro Ost
Krankenversicherung allgemein	14,6 %	755,56 Euro West	755,56 Euro Ost
Krankenversicherung ermäßigt	14,0 %		
Zusatzbeitrag Mobil Krankenkasse	1,49 %		
Zusatzbeitrag durchschnittlich	1,7 %		
Pflegeversicherung	3,4 % zzgl. 0,6 % Beitragszuschlag für Kinderlose bzw. jeweils 0,25 % Abschlag vom 2. bis zum 5. Kind (bis zur Vollendung des 25. Lebensjahrs). Mehr Informationen: <a href="http://mobil-krankenkasse.de/beitragssatz">mobil-krankenkasse.de/beitragssatz</a>		

Beitragsbemessungsgrenzen und Bezugsgrößen		
Beitragsbemessungsgrenze Krankenversicherung und besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze	5.175,00 Euro monatlich	62.100,00 Euro jährlich
Allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze Krankenversicherung	5.775,00 Euro monatlich	69.300,00 Euro jährlich
Beitragsbemessungsgrenze Rentenversicherung/Arbeitsförderung West	7.550,00 Euro monatlich	90.600,00 Euro jährlich
Beitragsbemessungsgrenze Rentenversicherung/Arbeitsförderung Ost	7.450,00 Euro monatlich	89.400,00 Euro jährlich
Bezugsgröße (im Bereich KV/PV gilt immer die Bezugsgröße West)	3.535,00 Euro monatlich	42.420,00 Euro jährlich

Umlageverfahren	Beitragssatz	Erstattungssatz
Umlagesatz U1 ermäßigt	1,9 %	50 % inkl. Arbeitgeberbeitragsanteile
Umlagesatz U1 allgemein	2,3 %	60 % inkl. Arbeitgeberbeitragsanteile
Umlagesatz U1 erhöht	4,4 %	80 % inkl. Arbeitgeberbeitragsanteile
Umlagesatz U2	0,45 %	100 % (MU), 120 % (BV) <sup>1</sup>
Insolvenzgeldumlage	0,06 %	
Künstlersozialabgabe	5,0 %	

<sup>1</sup> Die Arbeitgeberbeitragsanteile sind mit diesem Erstattungssatz bereits abgegolten.

Fälligkeitstermine GSV-Beiträge <sup>2</sup>					
29.01.2024	27.02.2024	26.03.2024	26.04.2024	28.05.2024 <sup>2</sup>	26.06.2024
29.07.2024	28.08.2024	26.09.2024	29.10.2024 <sup>2</sup>	27.11.2024	23.12.2024

Für die Abgabe der Beitragsnachweise gilt eine bundeseinheitliche Regelung. Der Beitragsnachweis muss der Einzugsstelle spätestens zu Beginn (0.00 Uhr) des **fünftletzte Bankarbeitstags** des Monats vorliegen.

<sup>2</sup> Maßgeblich ist der Sitz der Einzugsstelle.

Bankverbindung		
Commerzbank Hamburg	IBAN: DE21 2004 0000 0638 7153 00	BIC: COBADEFFXXX
Deutsche Bank	IBAN: DE16 2507 0070 0016 2040 00	BIC: DEUTDE2HXXX
UniCredit	IBAN: DE68 7002 0270 0000 0900 00	BIC: HYVEDEMMXXX
Bitte verwenden Sie als Verwendungszweck Ihre Betriebsnummer.		
Sonstige Daten		
Anschrift: Mobil Krankenkasse, 20091 Hamburg		Servicetelefon: 0800 255 0800
Internet: <a href="http://mobil-krankenkasse.de">mobil-krankenkasse.de</a>		Betriebsnummer Mobil Krankenkasse: 15517302
Beitragsnachweise/Meldungen zur Sozialversicherung Betriebs-Nr. Empfänger		<b>Mobil Krankenkasse</b> 25942967
BKK Arbeitgebersversicherung		<a href="http://bkk-aag.de">bkk-aag.de</a>

# Einwilligungserklärung

Soll unsere Kommunikation bezüglich Ihrer Lohn- oder Gehaltsabrechnung direkt mit Ihrem Steuerberater erfolgen?

Dann füllen Sie bitte diese Einwilligungserklärung aus.

Gleich ausfüllen und absenden.

## 1. Daten des Firmenkunden

Firma:

Betriebsnummer:

Straße/Postfach:

PLZ:

Ort:

## 2. Daten des Steuerberaters

Name der Steuerberaterkanzlei:

Ansprechpartner:

Betriebsnummer:

Straße/Hausnummer:

PLZ:

Ort:

## 3. Einwilligung

- Ich bin damit einverstanden, dass die Mobil 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.

**Datenschutzhinweis:** Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: [info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Erhebung von Einnahmen im Rahmen von § 76 Sozialgesetzbuch (SGB) IV i. V. m. § 98 SGB X. Ihre Angaben werden gemäß § 80 SGB X an unseren Auftragsverarbeiter, die ARGE GSV plus GmbH, weitergeleitet.

Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

Ort, Datum

Stempel des Arbeitgebers

Unterschrift des Arbeitgebers

## Senden Sie bitte diese Seite ausgefüllt zurück

### Per Post:

Mobil Krankenkasse  
c/o ARGE GSV PLUS  
Postfach 700106, 22001 Hamburg

### Per E-Mail:

Unterlagen scannen und senden an  
[info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)

### Per Fax:

040 20901-5999