

Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

Beitragskonto – Angaben zum Unternehmen

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Name des Unternehmens

Straße, Nr.

PLZ Ort

Betriebsnummer Rechtsform Rechtskreis West Ost

Telefon/Fax, freiwillige Angabe

Ansprechpartner/in, freiwillige Angabe

Diese Angaben brauchen wir nur, wenn Ihre Lohnabrechnung von einer Steuerberatung übernommen wird.

Name der Steuerberatung

Straße, Nr.

PLZ Ort

Telefon/Fax, freiwillige Angabe

Ansprechpartner/in, freiwillige Angabe

Wir geben der Steuerberatung hiermit eine Vollmacht, unsere Interessen gegenüber der TK zu vertreten.

Wahlerklärung zum Erstattungssatz U1

Wichtig: Die U1 können Sie nicht wählen, wenn Sie regelmäßig mehr als 30 Mitarbeitende beschäftigen. Informationen dazu finden Sie im Beratungsblatt "Entgeltfortzahlungs-Versicherung".

Wir wählen für unsere Aufwendungen der Entgeltfortzahlung bei Krankheit (U1)

den Erstattungssatz von 70 Prozent. den ermäßigten Erstattungssatz von 50 Prozent. den erhöhten Erstattungssatz von 80 Prozent. keine Teilnahme

Datum, Unterschrift, Stempel

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen.

505307712538



Name der Firma: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Betriebsnummer: _____



SEPA-Lastschriftmandat

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Gläubiger-ID: **DE51TK10000031158**
Mandats-Referenznummer: wird nachgereicht

Wir ermächtigen die Techniker Krankenkasse, Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Techniker Krankenkasse auf unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zugleich verpflichten wir uns, die Techniker Krankenkasse bei Beendigung unseres Mandats zu benachrichtigen.

Wir möchten, dass Sie die Beiträge von folgendem Konto einziehen:

DE _____
IBAN

Einzug ab _____
Monat Jahr

Die Firma ist Konto-Inhaber: ja nein, die Konto-Inhaberin / der Konto-Inhaber ist:

Name der abweichenden Konto-Inhaberin / des abweichenden Konto-Inhabers

Straße, Nr.

PLZ Ort

Nur für Bankverbindung im Ausland

IBAN

BIC

Bankname

Ort Tag Monat Jahr Unterschrift der Konto-Inhaberin / des Konto-Inhabers

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 SGB V und § 94 SGB XI.

505307730260



Techniker Krankenkasse
20901 Hamburg

—

—