

Bitte umgehend ausgefüllt zurücksenden an:

BKK Beiersdorf AG
Unnastr.20
20253 Hamburg

Name, Vorname	
Personalnummer	
beschäftigt seit	
Entgelt über Jahresentgeltgrenze	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Name und Anschrift des Arbeitgebers	
Arbeitgeber-Betriebsnummer für Meldungen	
Arbeitgeber-Betriebsnummer für Zahlungen (wenn von obiger abweichend)	

Name und Anschrift des Steuerberaters (soweit vorhanden)	
AG-Betriebsnummer des Steuerberaters	

Die nachfolgende Frage ist nur dann zu Beantworten, wenn der Arbeitnehmer in der Krankenversicherung freiwillig versichert ist

Zahlung der freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge durch

- Arbeitgeber
 Arbeitnehmer

Herr/Frau

Ansprechpartner

Tel.Nr.

Datum/Stempel/Unterschrift des Arbeitgebers