

Beitragsbemessungsgrenzen						
Rechtskreis	West			Ost		
	Jährlich	monatlich	täglich	jährlich	monatlich	täglich
Kranken- und Pflegeversicherung	45.000 €	3.750 €	125 €	wie West		
Rentenversicherung und Arbeitsförderung	66.000 €	5.500 €	183,33 €	55.800 €	4.650 €	155 €

Jahresarbeitsentgeltgrenze zur Beurteilung der Versicherungspflicht/-freiheit in der Krankenversicherung
49.950 € (§ 6 Abs. 6 SGB V)/45.000 € (§ 6 Abs. 7 SGB V)

Beitrags- und Umlagesätze		
Krankenversicherung		
- Allgemein	14,9 %	
davon paritätisch finanziert von AG und AN je	7,0 %	
- Ermäßigt	14,3 %	
davon paritätisch finanziert von AG und AN je	6,7 %	
Beitragszuschlag für Mitglieder	0,9 %	
Höchstzuschuss für freiwillige Mitglieder (m. Kg.anspruch)	262,50 €	
Höchstzuschuss für freiwillige Mitglieder (o. Kg.anspruch)	251,25 €	
Pflegeversicherung		
- Allgemein	1,95 %	
- Beitragszuschlag für Kinderlose (Arbeitnehmeranteil)	0,25 %	
Höchstzuschuss des AG für freiwillige Mitglieder	36,56 € (Sachsen: 17,81 €)	
Rentenversicherung		
	19,9 %	
Arbeitsförderung		
	2,8 %	
Insolvenzgeldumlage		
	0,41 %	
Umlage- und Erstattungssätze nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz		
Umlage 1 (U1)		
Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit	Umlagesatz	Erstattung
- Allgemeiner Umlage- und Erstattungssatz	1,5 %	60 %
- Erhöhter Umlage- und Erstattungssatz	2,9 %	80 %
- Ermäßigter Umlage- und Erstattungssatz	0,9 %	40 %
Umlage U2 (U2)		
Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft (Mu) und Beschäftigungsverbot (Bv)	0,24 %	100% (Mu) 120% (Bv)

Termine für die Zahlung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags und die Abgabe des Beitragsnachweises												
Monat	Jan.	Feb.	Mrz.	Apr.	Mai	Jun.	Jul.	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.
Fälligkeitstag	27.	24.	29.	28.	27.	28.	28.	27.	28.	27.	26.	28.
Abgabetag für den Beitragsnachweis*	25.	22.	25.	26.	25.	24.	26.	25.	24.	25.	24.	23.

* Vorlage bis spätestens 0.00 Uhr des Tages

Bankverbindungen				
Bank	Kontonummer	Bankleitzahl	IBAN	BIC
SEB AG	1000 327 700	100 101 11	DE16 1001 0111 1000 3277 00	ESSEDE5F100
HSH Nordbank AG	103 804 000	210 500 00	DE28 2105 0000 0103 8040 00	HSHNDEHHXXX
Beiträge für den Rechtskreis Ost zahlen Sie bitte ausschließlich auf folgendes Konto ein:				
Bank	Kontonummer	Bankleitzahl	IBAN	BIC
Deutsche Bank AG	160570801	600 700 70	DE65 6007 0070 0160 5708 01	DEUTDESS

Bitte geben Sie bei allen Zahlungen und im Schriftverkehr stets Ihre Betriebsnummer an!

Betriebsnummer			
CITY BKK (Rechtskreis West)	906 715 80	CITY BKK (Rechtskreis Ost)	084 859 18

Institutionskennzeichen			
Rechtskreis West		Rechtskreis Ost	
CITY BKK	109 538 019	CITY BKK	101 592 133
CITY BKK Pflegekasse	189 538 019	CITY BKK Pflegekasse	181 592 133