

# Die Beitragssätze bei der vividabkk ab 01.01.2025

Krankenversicherung		Pflegeversicherung										
allgemeiner Beitragssatz	14,60 %	Beitragssatz	3,60 %									
ermäßigter Beitragssatz	14,00 %	Beitragszuschlag für Kinderlose <sup>1</sup>	0,60 %									
Beitragssatz für Versorgungsbezieher	14,60 %	Beitragsabschlag pro Kind <sup>2</sup>	0,25 %									
Zusatzbeitragssatz der vividabkk <sup>3</sup>	3,79 %											
Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz <sup>4</sup>	2,50 %											
Höchstbeitrag KV		Höchstbeitrag PV										
Arbeitgeberanteil	506,88 €	Gesamtbeitrag	198,45 €									
Arbeitnehmeranteil	506,87 €	Gesamtbeitrag für Kinderlose <sup>1</sup>	231,53 €									
Gesamt	1.013,75 €											
<b>Rentenversicherung</b>		18,60 %										
<b>Arbeitslosenversicherung</b>		2,6 %										
<b>Umlageversicherung</b>												
Beitrag zur Umlage U1 bei 70 % Erstattung		3,00 %										
Beitrag zur Umlage U2 bei 100 % Erstattung		0,31 %										
<b>Insolvenzgeldumlage</b>		0,15 %										
Fälligkeitstermine												
Monat	Jan	Feb	Mrz	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez
<b>Einreichungstermin für den Beitragsnachweis</b>	27.	24.	25.	24.	23.	24.	25.	25.	24.	27.	24.	19.
<b>Fälligkeit der Beiträge</b>	29.	26.	27.	28.	27.	26.	29.	27.	26.	29.	26.	23.

## Rechengrößen und Entgeltgrenzen

Beitragsbemessungsgrenze	jährlich	monatlich
Kranken- /Pflegeversicherung	66.150,00 €	5.512,50 €
Renten- /Arbeitslosenversicherung	96.600,00 €	8.050,00 €
Jahresarbeitsentgeltgrenze		
Allgemeine Krankenversicherungspflichtgrenze (§ 6 Abs. 6 SGB V)	73.800,00 €	6.150,00 €
Besondere Krankenversicherungspflichtgrenze (§ 6 Abs. 7 SGB V)	66.150,00 €	5.512,50 €
Bezugsgröße		
Einheitliche Grenzen	44.940,00 €	3.745,00 €

<sup>1</sup> Nur von Mitgliedern ohne Kinder mit Vollendung des 23. Lebensjahres zu zahlen.

<sup>2</sup> Beitragsabschlag nur für Mitglieder mit zwei bis fünf Kindern, wird längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres des Kindes berücksichtigt. Min. 0,25 %, max. 1,00 %

<sup>3</sup> Tragung der Beiträge jeweils zur Hälfte durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer und für Versorgungsbezieher

<sup>4</sup> Nur gültig für Azubis bis 325,00 € Entgelt; Behinderte in Werkstätten/Einrichtungen; Einrichtungen Jugendhilfe (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V); FSJ/BFDG/JFDG; Teilhabe am Arbeitsleben: Die Tragung der Beiträge erfolgt über den Arbeitgeber

## Weitere Informationen

### Bankverbindung

Sparkasse Schwarzwald-Baar  
IBAN DE91 6945 0065 0001 3136 00  
BIC SOLADES1VSS

### Daten für die maschinelle Übermittlung der Meldungen und Beitragsnachweise

**Betriebsnummer der vividabkk**, Rechtskreis West und Ost: **664 584 77**

Sofern Sie am maschinellen DEÜV-Verfahren teilnehmen und Ihre Meldungen selbst, d.h. nicht über die DATEV bzw. einen anderen Dienstleister übermitteln, senden Sie Ihre Daten bitte ausschließlich an die BITMARCK Service GmbH.

**Empfängerdaten der BITMARCK Service GmbH:**

**Betriebsnummer:** 353 821 42  
**Kontaktdaten:** BITMARCK Service GmbH  
Lindenallee 6 – 8, 45127 Essen  
E-Mail: [ag@bitmarck-daten.de](mailto:ag@bitmarck-daten.de)

### Melde- und Beitragsnachweisverfahren

Die ITSG (Informationstechnische Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung GmbH) hat das SV-Meldeportal entwickelt. Damit stellen die Sozialversicherungsträger zum el. Datenaustausch nach § 95a SGB IV und dem Aufwendungsausgleichsgesetz für Meldungen, Beitragsnachweise, Bescheinigungen und Anträge den Arbeitgebern und Selbständigen eine allgemein zugängliche, elektronisch gestützte Ausfüllhilfe zur Verfügung.

Interesse? Mehr unter [www.vividabkk.de/firmenkunden](http://www.vividabkk.de/firmenkunden)

### Ansprechpartner

Sie erreichen Ihren persönlichen Ansprechpartner unter der Telefon-Nr. 07720 9727-55501.  
Rufen Sie uns einfach an, wir beraten Sie gerne!  
Unterlagen können Sie auch an unser Service-Fax 07720 9727-100 oder per E-Mail an [firmenkunden@vividabkk.de](mailto:firmenkunden@vividabkk.de) senden.

### So erreichen Sie uns

Kundencenter: 07720 9727-0  
[info@vividabkk.de](mailto:info@vividabkk.de)  
[www.vividabkk.de](http://www.vividabkk.de)

**Unsere zentrale Post-Anschrift:**  
vividabkk  
78044 Villingen-Schwenningen

Name, Anschrift  
des Arbeitgebers

--

<b>(Haupt-) Betriebsnummer: = Ihre Arbeitgeberkonto-Nr</b>			
<b>Rechtskreis</b>	<input type="checkbox"/> <b>West</b>		<input type="checkbox"/> <b>Ost</b>
<b>Welche Betriebsnummer verwenden Sie bei:</b>	<b>Meldungen</b>	<b>Beitragsnachweisen</b>	<b>Zahlungen</b>
<b>Firmenname:</b>			
<b>Anschrift:</b>			
<b>Ansprechpartner im Betrieb für die Lohn- / Gehaltsabrechnung:</b>			
<b>Telefonnummer/ -durchwahl:</b>			
<b>Fax:</b>			
<b>E-Mail:</b>			
<b>Rechtsform der Firma:</b> <small>(Bitte Handelsregisterauszug beifügen)</small>			
<b>Name des / der Geschäftsführer(s)/ Gesellschafter(s) / Inhabers</b>			<b>Telefon:</b>
<b>Ihre Bankverbindung</b> <small>(Kein SEPA-Lastschriftmandat, nur für mögliche Beitragserrstattungen)</small>	IBAN: _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _		
	BIC: _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _		
<b>Name, Anschrift und Telefonnummer des Steuerberaters:</b>			
<b>Anzahl Beitragsnachweise Pro Kalendermonat:</b>			
<b>Entrichten Sie Beiträge zur Umlage?</b>	<b>U1</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<b>U2</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Haben Sie weitere Betriebsstätten?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Wenn ja, rechnen Sie zentral ab?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Nehmen Sie am Schätzverfahren teil?</b> <small>(Die Lohnabrechnung erfolgt nach dem drittletzten Bankarbeitstag bzw. am letzten des Monats bzw. im Folgemonat)</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, die Abrechnung erfolgt zum		<input type="checkbox"/> 10. des Monats <input type="checkbox"/> 15. des Monats <input type="checkbox"/> 20. des Monats

**Wünschen Sie aktuelle und kostenfreie Informationen rund um  
die Sozialversicherung durch unseren Firmenkunden-Newsletter?**

Zur Einwilligung des Newsletter-Abos erhalten Sie in den nächsten Tagen eine  
Bestätigungs-E-Mail.

Ja **E-Mail-Adresse:**  Nein

--

Datum / Ort

--

Unterschrift



**vividabkk**

Ihre Krankenkasse