

Arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung Annahme- und Verzichtserklärung

Arbeitgeber

(Name der Firma)

(Straße, Haus-Nr.)

(Postleitzahl, Ort)

Arbeitnehmer

(Vorname, Name)

(Geburtsdatum)

(Straße, Haus-Nr.)

(Postleitzahl, Ort)

(Personalnummer)

(Betriebsbeginn)

(Telefonnummer)

(Email-Adresse)

Annahmeerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arbeitgeber auf meinen Namen eine arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenversicherung bei der Hallesche Krankenversicherung a.G. abschließt. Zugleich erteile ich meinem Arbeitgeber die Zustimmung zur Weitergabe meiner oben genannten personenbezogenen Daten an die Versicherungsgesellschaft und den Versicherungsvermittler, soweit dies für den Abschluss der betrieblichen Krankenversicherung, deren laufende Durchführung und Betreuung sowie deren Beendigung erforderlich ist.

Verzichtserklärung

Ich bin über das Angebot des Unternehmens zur allein durch den Arbeitgeber finanzierten betrieblichen Krankenversicherung umfassend informiert worden. Mir ist bekannt, welche Vorteile das Arbeitgeberangebot für meine Absicherung bedeutet.

Gleichwohl möchte ich von der betrieblichen Krankenversicherung nicht profitieren und lehne daher den Abschluss einer betrieblichen Krankenversicherung auf meine Person durch meinen Arbeitgeber ab.

Mir ist dabei bewusst, dass bei einer später erfolgenden zustimmenden Willenserklärung eine Nachversicherung nicht mehr möglich ist, die Verzichtserklärung somit für die gesamte Dauer der Betriebszugehörigkeit Gültigkeit hat.

(Ort, Datum)

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Arbeitgebers)

(Unterschrift des Arbeitnehmers)