

## Erklärung des Arbeitnehmers aufgrund des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze

- Ich möchte bis auf weiteres als freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenkasse versichert bleiben.

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

- Ich werde mich ab \_\_\_\_\_ in einer privaten Krankenkasse versichern. Die Mitteilung über die neue Krankenkasse sowie über die Beitragshöhe reiche ich umgehend ein.

- Sonstige Mitteilungen

Name, Vorname:

Anschrift:

PLZ, Ort:

Arbeitgeber:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitnehmer