

AOK Bremen/Bremerhaven
Hauptgeschäftsstelle Bremen
Postfach 10 79 63
28079 Bremen

Erklärung zur Teilnahme am Ausgleichsverfahren bei Krankheit nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

Nach Durchsicht unserer Beschäftigtenzahl

☐ nehmen wir **nicht** am Ausgleichsverfahren bei Krankheit (U1) teil.

☐ nehmen wir am Ausgleichsverfahren bei Krankheit (U1) teil.

Die Erstattung soll ab dem 01.01.20 ____

☐ 50 v. H.

☐ 60 v. H.

☐ 70 v. H.

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

des bei Krankheit fortgezählten Arbeitsentgelts betragen.

Uns ist bekannt, dass die Entscheidung hinsichtlich des Erstattungssatzes für ein Kalenderjahr gilt.
Sie verlängert sich jeweils um ein weiteres Kalenderjahr, wenn wir Ihnen nicht bis zum
15.01. des Folgejahres unsere Änderungswünsche aufgeben.

Betriebsnummer

Firmenstempel und Unterschrift

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 3 Abs. 1 AAG zur Feststellung der Umlagepflicht erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 3 Abs. 2 AAG erforderlich. Fehlende Mitwirkung schließt Erstattungen von Aufwendungen für Entgeltfortzahlung aus. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten sowie unsere Kontaktdaten finden Sie unter <http://www.aok.de/hb/datenschutzrechte> oder wenden Sie sich bei Fragen an die AOK Bremen/Bremerhaven, Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen.