

**Antwort**

IKK BB  
Postfach 90 02 51  
14438 Potsdam

Firmenname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ,-Ort: \_\_\_\_\_

**Betriebs-Nr.:** \_\_\_\_\_

Oder per Fax an: 0331/64 63-199

**Wahlerklärung**

Für unsere Aufwendungen der Entgeltfortzahlung bei Krankheit (U1) wählen wir ab  
\_\_\_\_\_ folgenden Erstattungssatz:

- |  |                    |
|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Erstattungssatz 50% | Umlagesatz: 1,49 % |
| <input type="checkbox"/> Erstattungssatz 60% | Umlagesatz: 2,00 % |
| <input type="checkbox"/> Erstattungssatz 70% | Umlagesatz: 2,45 % |

Ein Wechsel des Erstattungssatzes ist immer nur zum Jahresbeginn möglich. In diesem Fall muss uns dann Ihre Wahlerklärung spätestens am 15.01. vorliegen und ist für das gesamte Kalenderjahr verbindlich.

**Datenschutzhinweis**

Wir erheben die Daten zur Durchführung der Erstattung von Arbeitgeberaufwendungen nach § 3 Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG).

Datum

Unterschrift und Stempel