



▷ Bitte vollständig ausfüllen! ◁		
SB	Personalnummer	

An das Personal- und Organisationsreferat

P 4.4 Entgeltabrechnung Tarifbeschäftigte

Erklärung

zur Wahl der Krankenkasse nach §§ 173 ff. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

(Vorname, Nachname)

Ich wurde über folgendes informiert:

Aufgrund meiner Arbeitnehmereigenschaft bei der Landeshauptstadt München bin ich versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ich habe deshalb binnen 2 Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht die Möglichkeit, eine Krankenkasse auszuwählen, sofern nicht noch eine Bindungsfrist (12 Monate) bei einer bisherigen Krankenkasse besteht. Mir ist bekannt, dass ich jede zukünftige Änderung in Bezug auf die Wahl meiner Krankenkasse – auch bei einer Familienversicherung – sofort meiner Sachbearbeitung in der Entgeltabrechnung, P 4.4 mitteilen muss.

Meine gewählte Krankenversicherung besteht ab/seit dem (TTMMJJ) _____ bei folgender Krankenkasse:

Ich habe mich darüber informiert, dass bei meiner früheren Krankenkasse keine Bindungsfrist mehr besteht.

Ich erkläre, dass ich mein Wahlrecht innerhalb der Frist von zwei Wochen nicht ausüben werde. *) Die Landeshauptstadt München wird mich einer Krankenkasse zuordnen.

Datum	Unterschrift

Datenschutzhinweise nach Art. 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Landeshauptstadt München, 80313 München (E-Mail: personal@muenchen.de). Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Ihre diesbezüglichen Rechte finden Sie im Internet unter <https://www.muenchen.de/mitarbeiterservice>. Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch unter den obigen Kontaktdaten. Unsere behördliche Datenschutzbeauftragte können Sie unter Sendlinger Str. 1, 80331 München (E-Mail: datenschutz@muenchen.de) kontaktieren.

*) Gilt nur, wenn das Wahlrecht erstmalig ausgeübt wird, also keine Bindungsfrist einer Vorversicherung besteht.