



# Baden-Württemberg

LANDESAMT FÜR BESOLDUNG UND VERSORGUNG

## Erklärung zum Zuschuss für den privaten Krankenversicherungsbeitrag nach § 257 SGB V ab \_\_\_\_\_

### Hinweise:

- Die folgenden Daten werden zur Auszahlung Ihrer Bezüge benötigt. Die Rechtsgrundlagen, nach denen die Daten erhoben werden, entnehmen Sie bitte dem Ihnen zugesandten Merkblatt zum Datenschutz. Sofern die Angaben freiwillig sind, ist dies im Vordruck vermerkt.
- Bitte beachten Sie die beigefügten Erläuterungen, auf die im Text durch Nummern verwiesen wird.

### 1. Persönliche Angaben

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

Name	Vorname	Personalnummer/Arbeitsgebiet
Geburtsdatum	Telefon (Angabe freiwillig)	

### 2. Angaben zu den Familienangehörigen

2.1	Name, Vorname der/des Ehegattin/Ehegatten, Lebenspartnerin/Lebenspartners <sup>1)</sup>	
2.2	Name, Vorname des/der Kindes/Kinder <sup>2)</sup>	Geburtsdatum
	1	
	2	
	3	

### 3. Einkommensverhältnisse der Familienangehörigen

3.1	<b>Mein/e Ehegatte/Ehegattin, Lebenspartner/in, mein/e, sein/e, ihr/e Kind/er hat/haben ein Gesamteinkommen<sup>3)</sup>, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV<sup>4)</sup> überschreitet.</b>	
	Ehegatte/Ehegattin/Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Name, Vorname des/der Kindes/Kinder	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.2	<b>Nur ausfüllen, wenn unter Nr. 2.2 mindestens ein mit dem/der Ehegatten/Ehegattin oder Lebenspartner/in verwandtes Kind aufgeführt ist und der/die Ehegatte/Ehegattin oder Lebenspartner/in nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist</b>	
	Das Gesamteinkommen <sup>3,3a)</sup> der/des Ehegattin/Ehegatten/Lebenspartnerin/Lebenspartners übersteigt regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze <sup>5)</sup> und ist regelmäßig höher als mein Gesamteinkommen <sup>3,3a)</sup>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

LBV 497 – 12/17

#### 4. Fragen zur Versicherungsfreiheit bzw. zur Befreiung von der Versicherungspflicht

4.1	Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
4.2	<b>Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung von der Versicherungspflicht befreit worden nach</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsverordnung vom 24. August 1965 (BGBl. S. 912)</li><li>• §§ 173b, 173e, 173f RVO bis 31.12.1988</li><li>• § 8 Abs. 1 Nr. 1, Nr. 2, Nr. 3, Nr. 5 oder Nr. 6 SGB V nach dem 31.12.1988</li></ul> Der Bescheid der zuständigen Krankenkasse ist beigefügt.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
4.3	Ich bin ordentlich Studierender einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.4	Ich bin versicherungsfrei, weil ich nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig geworden wäre, aber in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht als Pflicht- oder freiwilliges Mitglied gesetzlich versichert war. Außerdem war ich mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder als hauptberuflich selbständig Erwerbstätiger nach § 5 Abs. 5 SGB V nicht versicherungspflichtig (§ 6 Abs. 3a SGB V)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.5	Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe – Heilfürsorge – (§ 6 Abs. 1 Nr. 2, 4 und 5 SGB V)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.6	Mir sind Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge bewilligt und ich habe Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 SGB V)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.7	Ich habe Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder ähnliche Bezüge und daneben habe ich Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt/bewilligt erhalten (§ 6 Abs. 2 SGB V)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.8	Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei, weil ein Befreiungstatbestand des § 6 SGB V oder ein anderer Befreiungstatbestand gegeben war <sup>6)</sup>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ (Angabe d. Befreiungstatbestands)
4.9	<b>Ich bin in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherungsfrei, weil</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• ein Befreiungstatbestand des § 5 Abs. 1 KVLG 1989 oder vor dem 1. Januar 1989 § 4a Abs. 1 KVLG 1972 gegeben war</li><li>• nach dem 31. Dezember 1994 Versicherungsfreiheit (§ 3a Nr. 1 KVLG 1989) kraft Gesetzes eingetreten ist</li></ul> Der Bescheid der Krankenversicherung ist beigefügt.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ (Angabe d. Befreiungstatbestands) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**5. Angaben zum Versicherungsverhältnis**

**Ich bin – mit meinen unter Nr. 2 aufgeführten Angehörigen – privat krankenversichert bei folgendem Krankenversicherungsunternehmen**

Name des Krankenversicherungsunternehmens

---

in \_\_\_\_\_ Datum der letzten Vorlage der Bescheinigung des Krankenversicherungsunternehmens:

---

Die Bescheinigung des Krankenversicherungsunternehmens über die versicherten Personen, die Höhe des von mir gezahlten Beitrags (aufgeteilt auf die einzelnen Versicherten) und über die Art der mir und meinen Angehörigen zustehenden Versicherungsleistungen ist beigefügt. Die Bescheinigung des Krankenversicherungsunternehmens gemäß § 257 Abs. 2a Satz 2 SGB V ist ebenfalls beigefügt.

**6. Nur ausfüllen, wenn Angehörige nicht zusammen mit dem Berechtigten, sondern aufgrund eigenen Rechts versichert sind**

**Mein/e Ehegatte/Ehegattin/Lebenspartner/in / mein/e / sein/e / ihr/e Kind/er ist/sind**

**6.1 in der gesetzlichen Krankenversicherung**

	Ehegatte/Ehegattin/ Lebenspartner/in:	Kind 1:	Kind 2:	Kind 3:
6.1.1 aufgrund eines eigenen Beschäftigungsverhältnisses pflichtversichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.1.2 während eines eigenen Beschäftigungsverhältnisses freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.1.3 ohne eigenes Beschäftigungsverhältnis freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.1.4 aufgrund sonstigen Rechts (z.B. als Student/in oder Praktikant/in) pflichtversichert oder freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.1.5 als Empfänger einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung				
● pflichtversichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
● freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Mein/e Ehegatte/Ehegattin/Lebenspartner/in / mein/e / sein/e / ihr/e Kind/er ist/sind**

**6.2 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen**

	Ehegatte/Ehegattin/ Lebenspartner/in:	Kind 1:	Kind 2:	Kind 3:
6.2.1 während eines eigenen Beschäftigungsverhältnisses versichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.2.2 ohne eigenes Beschäftigungsverhältnis versichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6.2.3 als Empfänger einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung versichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Nur ausfüllen, wenn die Angaben unter Nr. 6.1.3 oder Nr. 6.2.2 bejaht worden sind**

Der monatliche Krankenversicherungsbeitrag für meine/n Ehegattin/Ehegatten/Lebenspartnerin/Lebenspartner, mein/e/sein/e/ihr/e Kind/Kinder

beträgt seit \_\_\_\_\_ Euro \_\_\_\_\_

**Zu Nr. 6.1 und 6.2:**

Bescheinigungen der Krankenkasse/n/des Krankenversicherungsunternehmens über die versicherten Personen, die Höhe des von mir gezahlten Beitrags (aufgeteilt auf die einzelnen Versicherten) und (nur zu Nr. 6.2.2) über die Art der meinem/meiner Ehegatten/Ehegattin/Lebenspartner/in, meinem/n/seinem/n/ihrer/n Kind/Kindern zustehenden Versicherungsleistungen sind beigelegt. Soweit die Versicherung nach Nr. 6.2.2 bei einem anderen Krankenversicherungsunternehmen als dem nach Nr. 5 besteht, ist die Bescheinigung dieses Krankenversicherungsunternehmens gemäß § 257 Abs. 2a Satz 2 SGB V beigelegt.

**Verpflichtungserklärung**

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jeden Beitragsklassen- und Krankenkassenwechsel sowie Veränderungen in der Höhe meines Krankenversicherungsbeitrages, die nicht auf einer bloßen Anpassung an höhere Beitragsbemessungsgrenzen oder geänderte Beitragssätze beruhen und möglicherweise die Versicherungspflicht oder die Gewährung des Zuschusses berühren, unverzüglich dem Landesamt mitzuteilen und infolge Nichtanzeige oder nicht rechtzeitiger oder unvollständiger Anzeige zuviel erhaltene Zuschüsse zurückzuzahlen.

Mir ist weiterhin bekannt, dass ich auf den Zuschuss nicht verzichten kann, solange die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Mir ist darüber hinaus bekannt, dass ich verpflichtet bin, alle Änderungen in der Höhe des monatlichen **privaten** Krankenversicherungsbeitrages unverzüglich dem Landesamt anzuzeigen. Zu Beginn eines jeden Jahres werde ich **unaufgefordert einen Nachweis** über die im vergangenen Kalenderjahr entrichteten **privaten** Krankenversicherungsbeiträge vorlegen.

Außerdem ist mir bekannt, dass ich als privat Krankenversicherter verpflichtet bin, jeweils nach Ablauf von 3 Jahren eine Bescheinigung des Krankenversicherungsunternehmens gem. § 257 Abs. 2a Satz 2 SGB V (siehe Seite 3 Nr. 5 letzter Satz) vorzulegen.

---

Datum, Unterschrift

**Landesamt für Besoldung und  
Versorgung Baden-Württemberg  
70730 Fellbach**

## Erläuterungen:

- 1) Gilt nur für eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften im Sinne des § 1 Abs. 1 LPartG.
- 2) Zu den Kindern gehören (siehe auch § 10 Abs. 4 SGB V); eheliche Kinder, für ehelich erklärte Kinder, angenommene Kinder, nicht eheliche Kinder eines männlichen Beschäftigten, wenn seine Vaterschaft festgestellt ist; nicht eheliche Kinder einer Beschäftigten; Stiefkinder (auch Kinder der/des Lebenspartnerin/Lebenspartners) und Enkel, wenn sie von dem Beschäftigten überwiegend unterhalten werden; Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 SGB I). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kind/er des Annehmenden.

### Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen und verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

### Kinder sind nicht versichert,

wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

- 3) Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (siehe § 16 SGB IV). Bei geringfügig entlohnt Beschäftigten beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450,00 Euro. Bei Renten bleibt der auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallende Teil des Rentenzahlbetrages, der im Rentenbescheid gesondert ausgewiesen wird, unberücksichtigt.
- 3a) Bei der Feststellung des Gesamteinkommens nach Ziff. 3.2 sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, nicht zu berücksichtigen.
- 4) ab 2017: 425,00 Euro monatlich  
ab 2018: 435,00 Euro monatlich
- 5) ab 2016: 4.687,50 Euro monatlich  
ab 2017: 4.800,00 Euro monatlich  
ab 2018: 4.950,00 Euro monatlich
- 6) Versicherungsfreiheit nach § 7 SGB V wegen geringfügiger Beschäftigung bleibt außer Betracht.