



# Baden-Württemberg

LANDESAMT FÜR BESOLDUNG UND VERSORGUNG

## Erklärung und Änderungsmitteilung zum Zuschuss für den Krankenversicherungsbeitrag nach § 257 SGB V für freiwillig Versicherte ab \_\_\_\_\_

### Hinweis:

Die folgenden Daten werden zur Auszahlung Ihrer Bezüge benötigt. Die Rechtsgrundlagen, nach denen die Daten erhoben werden, entnehmen Sie bitte den Informationen zum Datenschutz unter <https://lbv.landbw.de/das-lbv/kontakt/datenschutz>. Sofern die Angaben freiwillig sind, ist dies im Vordruck vermerkt.

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

### 1 Persönliche Angaben

Name	Vorname	Personalnummer/Arbeitsgebiet
Geburtsdatum	Telefon (Angabe freiwillig)	

### 2 Angaben zur Versicherung

Ich bin freiwillig versichert bei der

Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse, See-Krankenkasse, landwirtschaftlichen Krankenkasse, Bundesknappschaft

in \_\_\_\_\_

### Verpflichtungserklärung

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jeden Beitragsklassen- und Krankenkassenwechsel unverzüglich dem Landesamt mitzuteilen und infolge Nichtanzeige oder nicht rechtzeitiger oder unvollständiger Anzeige zu viel erhaltene Zuschüsse zurückzuzahlen.

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

LBV 496 – 12/21

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