



Baden-Württemberg

LANDESAMT FÜR BESOLDUNG UND VERSORGUNG

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

Hinweise:

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.

1. Persönliche Angaben

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

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

Eine Bescheinigung der Krankenkasse über das Bestehen der Versicherung ist beigelegt.

Die Bescheinigung wird von der Krankenkasse direkt übersandt.

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 zuviel erhaltene Zuschüsse zurückzuzahlen.

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

Datum, Unterschrift

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

LBV 496 – 10/18