



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 den Informationen zum Datenschutz unter <https://lbv.landbw.de/daslbv/kontakt/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.

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

1 Persönliche Angaben

Name	Vorname	Personalnummer/Arbeitsgebiet
Geburtsdatum	Telefon (Angabe freiwillig)	

2 Angaben zu den Familienangehörigen

2.1 Name, Vorname Ehegattin/Ehegatte/eingetragene/n Lebenspartner/in ¹⁾	
2.2 Name, Vorname Kind/Kinder ²⁾	Geburtsdatum
1	
2	
3	

3 Einkommensverhältnisse der Familienangehörigen

3.1 Meiner/Meinem Ehegattin/Ehegatten/eingetragener/eingetragene/n Lebenspartner/in, mein/e, sein/e, ihr/e Kind/er hat/haben ein Gesamteinkommen³⁾, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV⁴⁾ überschreitet.	
Ehegattin/Ehegatte/eingetragene/n Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name, Vorname Kind/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 Nur ausfüllen, wenn unter Nr. 2.2 mindestens ein mit der/dem Ehegattin/Ehegatten oder eingetragene/n Lebenspartner/in verwandtes Kind aufgeführt ist und die/der Ehegattin/Ehegatte oder eingetragene/n Lebenspartner/in nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist.	
Das Gesamteinkommen ^{3,3a)} der/des Ehegattin/Ehegatten/eingetragene/n Lebenspartner/in übersteigt regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze ⁵⁾ und ist regelmäßig höher als mein Gesamteinkommen ^{3, 3a)}	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

LBV 497 – 01/24

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	Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung von der Versicherungspflicht befreit worden nach		
	• Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsverordnung vom 24. August 1965 (BGBl. S. 912)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____
	• §§ 173b, 173e, 173f RVO bis 31.12.1988	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____
	• § 8 Abs. 1 Nr. 1, Nr. 2, Nr. 3, Nr. 5 oder Nr. 6 SGB V nach dem 31.12.1988	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____
	Der Bescheid der zuständigen Krankenkasse ist beigelegt.		
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 ⁶⁾	<input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja,	_____
			(Angabe d. Befreiungstatbestands)
4.9	Ich bin in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherungsfrei, weil		
	• ein Befreiungstatbestand des § 5 Abs. 1 KVLG 1989 oder vor dem 1. Januar 1989 § 4a Abs. 1 KVLG 1972 gegeben war	<input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja,	_____
			(Angabe d. Befreiungstatbestands)
	• nach dem 31. Dezember 1994 Versicherungsfreiheit (§ 3a Nr. 1 KVLG 1989) kraft Gesetzes eingetreten ist	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Der Bescheid der Krankenversicherung ist beigelegt.		

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

Meiner/Meinem Ehegattin/Ehegatten/eingetragene/n Lebenspartner/in / mein/e / sein/e / ihr/e Kind/er ist/sind

6.1 in der gesetzlichen Krankenversicherung

	Ehegattin/Ehegatte/ 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

Meiner/Meinem Ehegattin/Ehegatten/eingetragene/n Lebenspartner/in / mein/e / sein/e / ihr/e Kind/er ist/sind

6.2 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen

	Ehegattin/Ehegatte/ 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/eingetragene/n Lebenspartner/in, 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 meiner/meinem Ehegattin/Ehegatten/eingetragene/n Lebenspartner/in, meinem/n/seinem/n/ihrer/n Kind/Kindern zustehenden Versicherungsleistungen sind beigefügt. 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 beigefügt.

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 zu viel 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 Krankensversicherter 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 eingetragene/r 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). Das zulässige Gesamteinkommen bei geringfügig entlohnten Beschäftigungen beträgt maximal die jeweils gültige Geringfügigkeitsgrenze (ab 01.10.2022 520 EUR, ab 01.01.2024 538 EUR und ab 01.01.2025 556 EUR). Bei Renten bleibt der auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallende Teil des Rentenzahlungsbetrages, 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 2021	470,00 Euro monatlich
ab 2023	485,00 Euro monatlich
ab 2024	505,00 Euro monatlich
- 5)

ab 2021	5.362,50 Euro monatlich
ab 2023	5.550,00 Euro monatlich
ab 2024	5.775,00 Euro monatlich
- 6) Versicherungsfreiheit nach § 7 SGB V wegen geringfügiger Beschäftigung bleibt außer Betracht.