



Baden-Württemberg

LANDESAMT FÜR BESOLDUNG UND VERSORGUNG

Zuschuss zum privaten Krankenversicherungsbeitrag nach § 257 SGB V Zuschuss zum privaten Pflegeversicherungsbeitrag nach § 61 SGB XI hier: Änderung des Beitrags zur privaten Krankenversicherung/Pflegeversicherung

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.

1. Persönliche Angaben

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

| | | |
|--------------|-----------------------------|------------------------------|
| Name | Vorname | Personalnummer/Arbeitsgebiet |
| Geburtsdatum | Telefon (Angabe freiwillig) | |

2. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

Nach beiliegender Bescheinigung der _____ erhöht sich
(Name des Versicherungsunternehmens)

mein monatlicher Beitrag zur privaten Krankenversicherung/Pflegeversicherung *

von bisher _____ EUR auf _____ EUR

der monatliche Beitrag meiner/meines Ehegattin/Ehegatten zur freiwilligen bzw. privaten Krankenversicherung/Pflegeversicherung,* den ich selbst aufbringe

von bisher _____ EUR auf _____ EUR

Ich bitte um Berücksichtigung bei der Überweisung des Arbeitgeberzuschusses.

Zu Beginn eines jeden Jahres werde ich unaufgefordert einen Nachweis über die im vergangenen Kalenderjahr entrichteten privaten Krankenversicherungsbeiträge/Pflegeversicherungsbeiträge vorlegen.

Die Bescheinigung für das vorangegangene Kalenderjahr

ist beigefügt

wurde bereits vorgelegt

*Nichtzutreffendes bitte streichen

Verpflichtungserklärung

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung in den kranken- und pflegeversicherungsrechtlichen Verhältnissen unverzüglich und unmittelbar dem Landesamt für Besoldung und Versorgung anzuzeigen, und infolge Nichtanzeige oder nicht rechtzeitiger oder unvollständiger Anzeige zuviel erhaltene Zuschüsse zurückzuzahlen.

Datum, Unterschrift

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

LBV 497a – 10/18