

(Personalservice)

Anforderung des Beitragszuschusses zur Krankenversicherung gem. § 257 SGB V

Name, Vorname
Beschäftigungsstelle
Telefon (dienstlich)

Privatanschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
Personalnummer

entweder	1. Ich habe	Bitte für jeden aufgeführten Familienangehörigen beantworten:		
	<input type="checkbox"/> keine Familienangehörigen (Ehegatte/ Lebenspartner ¹⁾ und Kinder	Hat das Familienmitglied ein Gesamteinkommen ³⁾ , das regelmäßig im Monat die allgemeine Beitragsgrenze ⁴⁾ übersteigt?	Übt das Familienmitglied hauptberuflich eine selbstständige Erwerbstätigkeit aus?	Hat das Familienmitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland?
oder	<input type="checkbox"/> die folgenden Familienangehörigen:			
1.1	Ehegatte/ Lebenspartner: Name, Vorname	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.2	Kind/er ²⁾ : Name, Vorname, Geburtsdatum	<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	<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	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

1.3 Bitte nur ausfüllen, wenn unter Tz. 1.2 mindestens ein mit dem Ehegatten/ Lebenspartner verwandtes Kind aufgeführt ist und der Ehegatte/ Lebenspartner nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist:

Das **Gesamteinkommen**³⁾ meines Ehegatten/ Lebenspartners übersteigt regelmäßig die **besondere Einkommensgrenze**⁴⁾ in Höhe eines Zwölftels der Jahresarbeitsentgeltgrenze und ist regelmäßig höher als mein eigenes Gesamteinkommen: nein ja

2. Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem

entweder 2.1 nur wegen **Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze** nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei,
 2.2 von der **Versicherungspflicht auf Antrag** befreit
 oder 2.2.1 nach dem 31. Dezember 1988 gemäß § 8 SGB V
 oder 2.2.2 vor dem 1. Januar 1989, und zwar
 gemäß § 173 b RVO gemäß § 173 e RVO gemäß § 173 f RVO
 gemäß Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965 (BGBl. I S. 912/ GVBl. S. 1222).

Der Bescheid der zuständigen Krankenkasse über die Befreiung (Tz. 2.2) ist beigefügt liegt bereits vor.

2.3 Ich habe nach **beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen** bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge: nein ja

2.4 Mir sind **Ruhegehalt und ähnliche Bezüge** bewilligt und ich habe Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften und Grundsätzen: nein ja

2.5 Ich habe Anspruch auf **Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen** oder ähnliche Bezüge und daneben habe ich Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt bzw. bewilligt erhalten: nein ja

2.6 Ich bin in der **gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei**, weil ein Befreiungstatbestand des § 172 RVO oder ein anderer Befreiungstatbestand gegeben war⁵⁾:
 nein ja, folgender:

3. Ich bin seit dem

entweder 3.1 **freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung** versichert, und zwar bei der Bezeichnung der Krankenkasse Beitragsklasse bzw. Beitragssatz (%)

oder 3.2 **privat krankenversichert** bei Bezeichnung des Krankenversicherungsunternehmens

Bei demselben Versicherungsunternehmen sind auch mein Ehegatte/ Lebenspartner und meine Kinder versichert:

Bitte Tz. 4 beachten! nein ja, die folgenden Angehörigen: Name, Vorname, rechtliche Stellung entfällt

3.3 Für die unter Tz. 3.1 oder 3.2 bezeichnete Versicherung zahle ich seit dem einen Krankenversicherungsbeitrag in Höhe von monatlich Euro . Bescheinigung(en) der Krankenkasse(n) bzw. des Krankenversicherungsunternehmens über die versicherten Personen, die Höhe des von mir gezahlten Beitrags (aufgeteilt auf die einzelnen Versicherten) und (nur zu Tz. 3.2) über die Art der mir und meinen Angehörigen zustehenden Versicherungsleistungen füge ich bei. Nur bei Tz. 3.2: Die Bescheinigung des privaten Krankenversicherungsunternehmens gemäß § 257 Abs. 2 a Satz 2 SGB V füge ich bei.

4 **Bitte nur ausfüllen, wenn Angehörige nicht zusammen mit dem Unterzeichner, sondern aufgrund eigenen Rechts krankenversichert sind:** Meine Angehörigen (Ehegatte/ Lebenspartner und Kinder), die **nicht** in meinem Versicherungsschutz gemäß Tz. 3 einbezogen sind, sind

4.1 in der gesetzlichen Krankenversicherung **pflichtversichert** (aufgrund einer Beschäftigung oder als Rentempfänger)

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, die folgenden Angehörigen: Name, Vorname, rechtliche Stellung
Bezeichnung der Krankenkasse	

4.2 in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen während eines **eigenen Beschäftigungsverhältnisses** oder als Empfänger einer **Rente** aus der gesetzlichen Rentenversicherung **freiwillig** bzw. **privat** versichert

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, die folgenden Angehörigen: Name, Vorname, rechtliche Stellung
Bezeichnung der Krankenkasse	

4.3 in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen **ohne** eigenes Beschäftigungsverhältnis oder **ohne** Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung **freiwillig** bzw. **privat** versichert

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, die folgenden Angehörigen: Name, Vorname, rechtliche Stellung
Bezeichnung der Krankenkasse	

4.4 aufgrund sonstigen Rechts (z.B. als Student oder Praktikant) in der gesetzlichen Krankenversicherung oder freiwillig versichert

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, die folgenden Angehörigen: Name, Vorname, rechtliche Stellung
Bezeichnung der Krankenkasse	

4.5 **Bitte nur ausfüllen, wenn Angaben unter Tz. 4.3 oder ggf. Tz. 4.4 gemacht worden sind:**

Für meinen Ehegatten/ Lebenspartner – meine Kinder –	Name, Vorname, rechtliche Stellung
--	------------------------------------

zahle ich seit dem einen Krankenversicherungsbeitrag in Höhe von monatlich Euro .

Bescheinigung(en) der Krankenkasse(n) bzw. des Krankenversicherungsunternehmens über die versicherten Personen, die Höhe des von mir gezahlten Beitrags (aufgeteilt auf die einzelnen Versicherten) und (nur bei privater Krankenversicherung) über die Art der meinem Ehegatten/ Lebenspartner bzw. meinem/en Kind(ern) zustehenden Versicherungsleistungen füge ich bei. Nur bei privater Krankenversicherung: Die Bescheinigung gemäß § 257 Abs. 2 a Satz 2 SGB V liegt bei.

5. Ich stehe in
entweder oder **keinem** weiteren Arbeitsverhältnis
 einem weiteren Arbeitsverhältnis und erhalte hierfür Arbeitsentgelt von insgesamt monatlich Euro . Belege sind beigefügt.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen in den mich und meine Angehörigen betreffenden Verhältnissen, die dem Grunde oder der Höhe nach Einfluss auf die Gewährung des Beitragszuschusses haben, unverzüglich dem Personalservice anzuzeigen. Mir ist bekannt, dass ich

- zur Erstattung zuviel empfangener Beträge, die insbesondere durch unrichtige oder unvollständige Angaben oder Unterlassung einer Änderungsmitteilung gezahlt worden sind, verpflichtet bin,
- verpflichtet bin, jeweils nach Ablauf eines Kalenderjahrs sowie bei Fortfall der Anspruchsvoraussetzungen oder Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses eine Bescheinigung über die entrichteten Krankenversicherungsbeiträge beizubringen (Ausnahme vgl. Nummer 8 des **Informationsblattes** Fin 588).

Ort/ Datum _____ Unterschrift _____

¹⁾ Gilt nur für eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften im Sinne des § 1 Abs. 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG).
²⁾ Wer als Kind gilt, ergibt sich aus Tz. 3.2 des Informationsblattes Fin 588.
³⁾ Als Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts anzusehen (§ 16 SGB IV).
⁴⁾ Die gegenwärtige Höhe der allgemeinen Einkommensgrenze und der besonderen Einkommensgrenze kann der Tz. 3.1 bzw. Tz. 3.2.1 des Informationsblattes Fin 588 entnommen werden.
⁵⁾ Versicherungsfreiheit nach § 7 SGB V (geringfügige Beschäftigung) bleibt hier außer Betracht.

Personalservice	Datum
	Telefon

V

1. Die Voraussetzungen für die Gewährung des Beitragszuschusses nach § 257 SGB V werden dem Grunde nach

<input type="checkbox"/> erfüllt ab*)	<input type="checkbox"/> weiterhin erfüllt*)	<input type="checkbox"/> nicht erfüllt*)
---------------------------------------	--	--

2. Der Berechnung des Beitragszuschusses ab _____ sind folgende Krankenversicherungsbeiträge zu Grunde zu legen:
gem. Tz. 3.3 _____ Euro gem. Tz. 4.5 _____ Euro **Gesamtbetrag monatlich _____ Euro**

- ggf.
- Dateneingabe in das IPV-Verfahren veranlassen.
 - Zweite Ausfertigung erhält der/die Arbeitnehmer/in.
 - ZdAWv I.A.

*) Nichtzutreffendes bitte streichen.

(Personalservice)

Anforderung des Beitragszuschusses zur Krankenversicherung gem. § 257 SGB V

Name, Vorname
Beschäftigungsstelle
Telefon (dienstlich)

Privatschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
Personalnummer

entweder oder	1. Ich habe <input type="checkbox"/> keine Familienangehörigen (Ehegatte/ Lebenspartner ¹⁾ und Kinder	Bitte für jeden aufgeführten Familienangehörigen beantworten:		
	<input type="checkbox"/> die folgenden Familienangehörigen:	Hat das Familienmitglied ein Gesamteinkommen ³⁾ , das regelmäßig im Monat die allgemeine Beitragsgrenze ⁴⁾ übersteigt?	Übt das Familienmitglied hauptberuflich eine selbstständige Erwerbstätigkeit aus?	Hat das Familienmitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland?
1.1	Ehegatte/ Lebenspartner: Name, Vorname	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.2	Kind/er ²⁾ : Name, Vorname, Geburtsdatum	<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	<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	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

1.3 Bitte nur ausfüllen, wenn unter Tz. 1.2 mindestens ein mit dem Ehegatten/ Lebenspartner verwandtes Kind aufgeführt ist und der Ehegatte/ Lebenspartner nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist:

Das **Gesamteinkommen**³⁾ meines Ehegatten/ Lebenspartners übersteigt regelmäßig die **besondere Einkommensgrenze**⁴⁾ in Höhe eines Zwölftels der Jahresarbeitsentgeltgrenze und ist regelmäßig höher als mein eigenes Gesamteinkommen: nein ja

2. Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem

entweder
oder
oder

2.1 nur wegen **Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze** nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei,
2.2 von der **Versicherungspflicht auf Antrag** befreit

2.2.1 nach dem 31. Dezember 1988 gemäß § 8 SGB V
2.2.2 vor dem 1. Januar 1989, und zwar
 gemäß § 173 b RVO gemäß § 173 e RVO gemäß § 173 f RVO
 gemäß Artikel 3 § 1 Abs. 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965 (BGBl. I S. 912/ GVBl. S. 1222).

Der Bescheid der zuständigen Krankenkasse über die Befreiung (Tz. 2.2) ist beigefügt liegt bereits vor.

2.3 Ich habe nach **beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen** bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge: nein ja

2.4 Mir sind **Ruhegehalt und ähnliche Bezüge** bewilligt und ich habe Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften und Grundsätzen: nein ja

2.5 Ich habe Anspruch auf **Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen** oder ähnliche Bezüge und daneben habe ich Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt bzw. bewilligt erhalten: nein ja

2.6 Ich bin in der **gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei**, weil ein Befreiungstatbestand des § 172 RVO oder ein anderer Befreiungstatbestand gegeben war⁵⁾:
 nein ja, folgender:

3. Ich bin seit dem

entweder
oder

3.1 **freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung** versichert, und zwar bei der
 Bezeichnung der Krankenkasse Beitragsklasse bzw. Beitragssatz (%)

3.2 **privat krankenversichert** bei
 Bezeichnung des Krankenversicherungsunternehmens

oder

Bei demselben Versicherungsunternehmen sind auch mein Ehegatte/ Lebenspartner und meine Kinder versichert:

Bitte Tz. 4 beachten! nein ja, die folgenden Angehörigen: Name, Vorname, rechtliche Stellung entfällt

3.3 Für die unter Tz. 3.1 oder 3.2 bezeichnete Versicherung zahle ich seit dem einen Krankenversicherungsbeitrag in Höhe von monatlich Euro . Bescheinigung(en) der Krankenkasse(n) bzw. des Krankenversicherungsunternehmens über die versicherten Personen, die Höhe des von mir gezahlten Beitrags (aufgeteilt auf die einzelnen Versicherten) und (nur zu Tz. 3.2) über die Art der mir und meinen Angehörigen zustehenden Versicherungsleistungen füge ich bei. Nur bei Tz. 3.2: Die Bescheinigung des privaten Krankenversicherungsunternehmens gemäß § 257 Abs. 2 a Satz 2 SGB V füge ich bei.

4 **Bitte nur ausfüllen, wenn Angehörige nicht zusammen mit dem Unterzeichner, sondern aufgrund eigenen Rechts krankenversichert sind:** Meine Angehörigen (Ehegatte/ Lebenspartner und Kinder), die **nicht** in meinem Versicherungsschutz gemäß Tz. 3 einbezogen sind, sind

4.1 in der gesetzlichen Krankenversicherung **pflichtversichert** (aufgrund einer Beschäftigung oder als Rentempfänger)

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, die folgenden Angehörigen: Name, Vorname, rechtliche Stellung
Bezeichnung der Krankenkasse	

4.2 in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen während eines **eigenen Beschäftigungsverhältnisses** oder als Empfänger einer **Rente** aus der gesetzlichen Rentenversicherung **freiwillig** bzw. **privat** versichert

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, die folgenden Angehörigen: Name, Vorname, rechtliche Stellung
Bezeichnung der Krankenkasse	

4.3 in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen **ohne** eigenes Beschäftigungsverhältnis oder **ohne** Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung **freiwillig** bzw. **privat** versichert

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, die folgenden Angehörigen: Name, Vorname, rechtliche Stellung
Bezeichnung der Krankenkasse	

4.4 aufgrund sonstigen Rechts (z.B. als Student oder Praktikant) in der gesetzlichen Krankenversicherung oder freiwillig versichert

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, die folgenden Angehörigen: Name, Vorname, rechtliche Stellung
Bezeichnung der Krankenkasse	

4.5 **Bitte nur ausfüllen, wenn Angaben unter Tz. 4.3 oder ggf. Tz. 4.4 gemacht worden sind:**

Für meinen Ehegatten/ Lebenspartner – meine Kinder – Name, Vorname, rechtliche Stellung

zahle ich seit dem einen Krankenversicherungsbeitrag in Höhe von monatlich Euro .

Bescheinigung(en) der Krankenkasse(n) bzw. des Krankenversicherungsunternehmens über die versicherten Personen, die Höhe des von mir gezahlten Beitrags (aufgeteilt auf die einzelnen Versicherten) und (nur bei privater Krankenversicherung) über die Art der meinem Ehegatten/ Lebenspartner bzw. meinem/en Kind(ern) zustehenden Versicherungsleistungen füge ich bei. Nur bei privater Krankenversicherung: Die Bescheinigung gemäß § 257 Abs. 2 a Satz 2 SGB V liegt bei.

5. Ich stehe in
entweder
oder
 keinem weiteren Arbeitsverhältnis
 einem weiteren Arbeitsverhältnis und erhalte hierfür Arbeitsentgelt von insgesamt monatlich Euro . Belege sind beigefügt.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen in den mich und meine Angehörigen betreffenden Verhältnissen, die dem Grunde oder der Höhe nach Einfluss auf die Gewährung des Beitragszuschusses haben, unverzüglich dem Personalservice anzuzeigen. Mir ist bekannt, dass ich

- zur Erstattung zuviel empfangener Beträge, die insbesondere durch unrichtige oder unvollständige Angaben oder Unterlassung einer Änderungsmitteilung gezahlt worden sind, verpflichtet bin,
- verpflichtet bin, jeweils nach Ablauf eines Kalenderjahrs sowie bei Fortfall der Anspruchsvoraussetzungen oder Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses eine Bescheinigung über die entrichteten Krankenversicherungsbeiträge beizubringen (Ausnahme vgl. Nummer 8 des **Informationsblattes** Fin 588).

Ort/ Datum _____ Unterschrift _____

¹⁾ Gilt nur für eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften im Sinne des § 1 Abs. 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG).
²⁾ Wer als Kind gilt, ergibt sich aus Tz. 3.2 des Informationsblattes Fin 588.
³⁾ Als Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts anzusehen (§ 16 SGB IV).
⁴⁾ Die gegenwärtige Höhe der allgemeinen Einkommensgrenze und der besonderen Einkommensgrenze kann der Tz. 3.1 bzw. Tz. 3.2.1 des Informationsblattes Fin 588 entnommen werden.
⁵⁾ Versicherungsfreiheit nach § 7 SGB V (geringfügige Beschäftigung) bleibt hier außer Betracht.

Personalservice	Datum
	Telefon

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr!

1. Die Voraussetzungen für die Gewährung des Beitragszuschusses nach § 257 SGB V werden dem Grunde nach

erfüllt ab*) weiterhin erfüllt*) nicht erfüllt*)

2. Der Berechnung des Beitragszuschusses ab _____ sind folgende Krankenversicherungsbeiträge zu Grunde zu legen:
gem. Tz. 3.3 _____ Euro gem. Tz. 4.5 _____ Euro **Gesamtbeitrag monatlich _____ Euro**

ggf. 3. Die Höhe des Ihnen zustehenden Beitragszuschusses, der zusammen mit Ihrer Vergütung bzw. Ihrem Lohn ausgezahlt wird, wird in Ihrem Vergütungs-/Lohnnachweis unter der Bezeichnung „AG-Zuschuss KV“ ausgewiesen.

Hochachtungsvoll
Im Auftrag

*) Nichtzutreffendes bitte streichen.