

Name, Vorname	Geburtsdatum	Sachb.-Nr./DST: /
		Pers.-Nr.:
Anschrift		

Bescheinigung von der Krankenkasse für

den Berechtigten (Punkt 1 ausfüllen)

den Angehörigen bzw. Kinder (Punkt 2 oder 3 ausfüllen)

Von der Kranken-, Pflegeversicherung/Kranken-, Pflegekasse auszufüllen!

Seit dem 01.01.2020 können Brandenburger Beamtinnen und Beamte, sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, die eine gesetzliche oder private Krankheitskostenvollversicherung nachweisen, eine monatliche Pauschale (pauschale Beihilfe) erhalten.

Diese Bescheinigung dient zur Vorlage bei der Zentralen Bezügestelle zur Überprüfung der gezahlten pauschalen Beihilfe. Die Vorlage der Bescheinigung für das Finanzamt ist nicht ausreichend, da für die Überprüfung der gezahlten pauschalen Beihilfe die festgesetzten monatlichen Beiträge zur Krankenversicherung Grundlage sind. Dabei ist es unerheblich, wann die Beiträge der Krankenkasse zugeflossen sind.

1. Es wird hiermit bescheinigt, dass Frau/Herr

Name, Vorname geboren am:

im Kalenderjahr: von bis

freiwillig gesetzlich versichert war.

privat krankenvollversichert (ohne Anspruch auf Beihilfe) war.

Für den o. g. Zeitraum wurden folgende Beträge zur Krankenversicherung festgesetzt: (Wann die Krankenkassenbeiträge gezahlt wurden, ist dabei unerheblich.)

Monat	Krankenversicherung* in Euro	Zusatzbeitrag in Euro	Pflegeversicherung in Euro
Januar			
Februar			
März			
April			
Mai			
Juni			
Juli			
August			
September			
Oktober			
November			
Dezember			

* Bei einer privaten Krankenvollversicherung ist nur der Basistarif zu bescheinigen.

Sind in dem o. g. Krankenversicherungsbeitrag folgende Zahlungen enthalten?

Prämienzahlungen der GKV nach § 53 Abs. 2 SGB V: Ja, in Höhe von Euro
Nein

Beitragsrückerstattungen privater Krankenversicherungen (z. B. für leistungsfreie Jahre), soweit sie auf Versicherungsbeiträgen für GKV - entsprechende Leistungen (Basisabsicherung) beruhen: Ja, in Höhe von Euro
Nein

Hinweis:

Bonuszahlungen der GKV (z. B. Zuschüsse zu bestimmten Gesundheitskursen) werden bei der pauschalen Beihilfe nicht berücksichtigt.

2. Der berücksichtigungsfähige Angehörige

Name, Vorname geboren am:

ist hier im Kalenderjahr: von bis

freiwillig gesetzlich versichert.

privat krankenversichert.

privat krankenversichert mit einer Anwartschaftsversicherung.

Für den o. g. Zeitraum wurden folgende Beträge zur Krankenversicherung festgesetzt: (Wann die Krankenkassenbeiträge gezahlt wurden, ist dabei unerheblich.)

Monat	Krankenversicherung* in Euro	Zusatzbeitrag in Euro	Pflegeversicherung in Euro
Januar			
Februar			
März			
April			
Mai			
Juni			
Juli			
August			
September			
Oktober			
November			
Dezember			

* Bei einer privaten Krankenvollversicherung ist nur der Basistarif zu bescheinigen.

Sind in dem o. g. Krankenversicherungsbeitrag folgende Zahlungen enthalten?

Prämienzahlungen der GKV nach § 53 Abs. 2 SGB V: Ja, in Höhe von Euro
Nein

Beitragsrückerstattungen privater Krankenversicherungen (z. B. für leistungsfreie Jahre), soweit sie auf Versicherungsbeiträgen für GKV - entsprechende Leistungen (Basisabsicherung) beruhen: Ja, in Höhe von Euro
Nein

Hinweis:

Bonuszahlungen der GKV (z. B. Zuschüsse zu bestimmten Gesundheitskursen) werden bei der pauschalen Beihilfe nicht berücksichtigt.

Datenschutzhinweis:

Die mit diesem Fragebogen zu erhebenden personenbezogenen Daten werden unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie des Brandenburgischen Datenschutzgesetzes (BbgDSG), insbesondere des § 26 BbgDSG verarbeitet. Ihre Angaben sind erforderlich, um die Erstattung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in richtiger Höhe berechnen und zahlen zu können.

Beachten Sie bitte auch die Informationen zu den datenschutzrechtlichen Vorgaben der Artikel 13 und 14 der DSGVO auf der Internetseite der Zentralen Bezügestelle des Landes Brandenburg unter zbb.brandenburg.de in der Rubrik Service/Erklärung zum Datenschutz.

Stempel der Kranken-, Pflegeversicherung bzw. Kranken-, Pflegekasse

Datum und Unterschrift

Zentrale Bezügestelle
des Landes Brandenburg
Postfach 15 60 21
03060 Cottbus

Rücksendeanschrift.