

Vorname, Name (ggf. Geburtsname)	ZBB-Personalnummer	ggf. zweite ZBB-Personalnummer
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		Geburtsdatum

Zentrale Bezügestelle des Landes Brandenburg  
 - Sachgebiet Versorgung -  
 Postfach 15 60 21  
 03060 Cottbus

### Erklärung zur Krankenversicherung

Zur Frage, ob ich in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert bzw. freiwillig versichert bin oder von einer gesetzlichen Krankenkasse betreut werde, gebe ich folgende Erklärung ab:

**A Ich bin nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, sondern privat krankenversichert bei:\***

(Name der Krankenversicherung)

Hinweis: Der Wechsel in eine gesetzliche Krankenversicherung ist unverzüglich anzugeben. Die "Erklärung zur Krankenversicherung" finden Sie auf der Internetseite der ZBB unter Bezüge/Versorgung/Anträge-Formulare/Erklärungen allgemein.

Datum

Unterschrift

*Trifft A zu sind weiteren Eintragungen nicht erforderlich (bei privater Krankenversicherung).*

**B.1 Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung**

pflichtversichert  
 freiwillig versichert\*\*  
 familienversichert.

Hinweis: Beim Wechsel von Familienversicherung zu Pflichtversicherung bzw. freiwilliger Versicherung oder beim Wechsel von Pflichtversicherung zu freiwilliger Versicherung bzw. umgekehrt ist dies unverzüglich anzugeben. Die "Erklärung zur Krankenversicherung" finden Sie auf der Internetseite zbb.brandenburg.de unter der Rubrik Bezüge/Versorgung/Anträge-Formulare/Erklärungen allgemein.

Name der Krankenkasse sowie Mitglieds-/Versichertennummer:

\*\*\*)

Sozial- bzw. Rentenversicherungsnummer:

### Bestätigung - von der Krankenkasse auszufüllen -

Die Angaben des Versicherten zu Teil B.1 werden hiermit bestätigt.

Betriebsnummer (nicht IK-Nummer der Krankenkasse)

Stempel, Datum, Unterschrift

Weiter bei B.2 - siehe Rückseite

\* Bestätigung der Krankenkasse ist nicht notwendig.

\*\* Es wird auf die Möglichkeit der Beantragung der pauschalen Beihilfe hingewiesen. Nähere Informationen finden Sie unter zbb.brandenburg.de in der Rubrik Pauschale Beihilfe.

\*\*\* Bitte lassen Sie diese Angaben von der Krankenkasse bestätigen.

**B.2 Nachweis der Elterneigenschaft** zur Nichterhebung des Beitragszuschlages in der Pflegeversicherung  
(Hinweis auf dem Informationsblatt beachten)

Elterneigenschaft liegt vor (Nachweis ist beigefügt)

Elterneigenschaft liegt nicht vor

**Angaben zum Kind:**

(bei mehreren Kindern beachten Sie die Hinweise zum Beitragsabschlag für Kinder unter 25 Jahren)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Kindschaftsverhältnis:

leibliches Kind

Adoptivkind

Pflegekind

Stiefkind

Die Aufnahme in den gemeinsamen Haushalt ist durch eine Haushaltbescheinigung nachzuweisen.

**B.3 Nachweis der Elterneigenschaft für Kinder unter dem 25. Lebensjahr zur Berücksichtigung von Beitragsabschlägen** (Nachweise beigefügen)

Kind 1:  
unter 25 Jahre

Name, Vorname:

Kindschaftsverhältnis:

leibliches Kind

Adoptivkind

Pflegekind

Stiefkind

Geburtsdatum:

Kind 2:  
unter 25 Jahre

Name, Vorname:

Kindschaftsverhältnis:

leibliches Kind

Adoptivkind

Pflegekind

Stiefkind

Geburtsdatum:

Kind 3:  
unter 25 Jahre

Name, Vorname:

Kindschaftsverhältnis:

leibliches Kind

Adoptivkind

Pflegekind

Stiefkind

Geburtsdatum:

Kind 4:  
unter 25 Jahre

Name, Vorname:

Kindschaftsverhältnis:

leibliches Kind

Adoptivkind

Pflegekind

Stiefkind

Geburtsdatum:

Kind 5:  
unter 25 Jahre

Name, Vorname:

Kindschaftsverhältnis:

leibliches Kind

Adoptivkind

Pflegekind

Stiefkind

Geburtsdatum:

zu B.1 - B.3

Datum

Unterschrift

**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 prüfen zu können, ob von Ihren Versorgungsbezügen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge einzubehalten sind.

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](http://zbb.brandenburg.de) in der Rubrik Service/Erklärung zum Datenschutz.

**Hinweise zum Ausfüllen der Erklärung**

Bitte nehmen Sie Ihre Eintragungen in Druckschrift vor.

Soweit Sie hier noch unter einer weiteren Personalnummer Versorgungsbezüge beziehen oder noch unter einer weiteren Personalnummer geführt werden, ohne dass hierunter an Sie Zahlungen geleistet werden, tragen Sie auch diese zweite Personalnummer ein. Vergessen Sie bitte nicht, die Erklärung zu unterschreiben.

## Informationen zur Krankenversicherung

für Empfänger von laufenden Versorgungsbezügen

Empfänger von laufenden Versorgungsbezügen nach dem Beamtenversorgungsrecht unterliegen nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung; sie sind entsprechend der Beihilfevorschriften beihilfeberechtigt und können sich privat versichern lassen.

Laufende Versorgungsbezüge erhalten z. B. Ruhestandsbeamte, Bezieher von Witwen- oder Waisengeld oder Empfänger von Unterhaltsbeiträgen.

Nach § 202 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V - ist jede Versorgungszahlstelle verpflichtet, bei der erstmaligen Bewilligung von Versorgungsbezügen die zuständige Krankenkasse des Versorgungsempfängers zu ermitteln. Zu diesem Zweck hat der Versorgungsberechtigte, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, der Versorgungszahlstelle (ZBB) den Namen der Krankenkasse und seine Mitglieds-/Versicherungsnummer mitzuteilen.

Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung sind z. B. die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK), Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen, die Bundesknappschaft oder die See-Krankenkasse.

In Anbetracht der gesetzlichen Verpflichtung der Versorgungszahlstelle bitte ich Sie, die beigelegte „Erklärung zur Krankenversicherung“ auszufüllen und innerhalb von vier Wochen zurückzusenden.

Ebenso ergeben sich aus § 202 SGB V für den Versorgungsberechtigten nachfolgend aufgeführte Pflichten gegenüber der Versorgungszahlstelle:

Versorgungsberechtigte, die bei Angabe der „Erklärung zur Krankenversicherung“ in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, sind verpflichtet

- den Namen der gesetzlichen Krankenkasse und ihre Mitglieds-/Versicherungsnummer,
- den Wechsel zu einer anderen gesetzlichen Krankenkasse und
- die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung

mitzuteilen.

Dabei bitte ich, jeweils den Namen der Krankenkasse und die Mitglieds-/Versicherungsnummer anzugeben.

Vorgenannte Pflichten bestehen auch für Versorgungsberechtigte, die erst nach Abgabe dieser Erklärung Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung werden und bestehen auch dann, wenn die gesetzliche Krankenkasse bereits von Ihnen unterrichtet wurde.

Im Nachfolgenden einige Hinweise für Versorgungsberechtigte, die in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind:

Die ZBB nimmt nach Eingang Ihrer Erklärung eine Abstimmung mit der gesetzlichen Krankenkasse vor. Unter bestimmten Voraussetzungen müssen Sie auch für Ihre Versorgungsbezüge Krankenversicherungsbeiträge entrichten.

Ob Sie Beiträge für Ihre Versorgungsbezüge zu zahlen haben, entscheidet Ihre gesetzliche Krankenkasse.

Hinweis zur Pflegeversicherung

Für Versorgungsempfänger beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes gem. § 55 Abs. 1 SGB XI.

Kinderlose, die das 23. Lebensjahr vollendet haben zahlen zusätzlich zum hälftigen Beitragssatz einen Beitragsszuschlag.

Der Beitragszuschlag ist nicht zu zahlen von Eltern, Stiefeltern, Pflegeeltern und Adoptiveltern, wenn die Elterneigenschaft nachgewiesen ist. Dabei weist bereits ein einzelnes Kind die Elterneigenschaft nach. Eltern, deren Kind nicht mehr lebt, gelten nicht als kinderlos; eine nachgewiesene Lebendgeburt weist die Elterneigenschaft nach. Unerheblich ist, ob das Kind, für das die Elterneigenschaft geltend gemacht wird, im Inland oder im Ausland geboren ist und/oder sich dort aufhält. Liegt die Elterneigenschaft für ein Kind vor, bleibt sie lebenslang wirksam und führt dauerhaft dazu, dass kein Beitragszuschlag erhoben wird.

Für Eltern mit mehreren Kindern unter 25 Jahren wird ein Beitragsabschlag in Höhe von 0,25 % berücksichtigt, dies gilt vom zweiten bis zum fünften Kind. Der Abschlag gilt bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat oder vollendet hätte, d. h. als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die vor Vollendung des 25. Lebensjahres verstorben sind.

Für die Nichtberücksichtigung des Beitragszuschlages sowie die Berücksichtigung der Beitragsabschläge für Kinder unter 25 Jahren muss die Elterneigenschaft gegenüber der beitragsabführenden Stelle, der ZBB, nachgewiesen werden.

Folgende Nachweise werden anerkannt um die Elterneigenschaft nachzuweisen

#### leibliche Eltern und Adoptiveltern:

- Geburtsurkunde oder ein Auszug aus dem Personenstandsbuch
- Adoptionsurkunde
- Vaterschaftsanerkennungs- und Vaterschaftsfeststellungsurkunde

#### Stiefeltern (Eltern im Sinne des § 56 Abs. 3 Nr. 2 in Verbindung mit Abs. 2 Nr. 1 SGB I):

Stiefkinder können berücksichtigt werden, wenn die Eheschließung (oder Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft) und die Aufnahme im gemeinsamen Haushalt erfolgte.

- Heiratsurkunde bzw. Nachweis über die Eintragung einer Lebenspartnerschaft
- Geburtsurkunde oder ein Auszug aus dem Personenstandsbuch
- Meldebescheinigung über den gemeinsamen Haushalt (sog. Haushaltsbescheinigung)

Die Stiefelterneigenschaft bleibt auch bestehen, wenn die Ehe geschieden oder die Lebenspartnerschaft aufgelöst wurde. Gleiches gilt bei Beendigung des gemeinsamen Haushalts.

#### Adoptiv- und Stiefeltern:

Der Beitragszuschlag ist nur dann nicht zu zahlen und die Beitragsabschläge sind nur dann zu berücksichtigen, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Adoption bzw. Eheschließung oder bei Aufnahme in den gemeinsamen Haushalt die vorgesehenen Altersgrenzen noch nicht erreicht hat:

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn das Kind erwerbslos ist
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn das Kind sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder einen Freiwilligendienst ableistet
- ohne Altersgrenze, wenn das Kind wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 SGB IX) außer Stande ist, sich selbst zu unterhalten (dies gilt jedoch nicht für die Beitragsabschläge)

#### Pflegeeltern (Eltern im Sinne des § 56 Abs. 3 Nr. 3 in Verbindung mit Abs. 2 Nr. 2 SGB I):

- Meldebescheinigung des Einwohnermeldeamtes über den gemeinsamen Haushalt in Verbindung mit einem Nachweis einer Vollzeitpflege nach §§ 27 in Verbindung mit 33 SGB VIII des zuständigen Jugendamtes; z. B. ein entsprechender Bescheid über Leistungsgewährung gegenüber den Personensorgeberechtigten.

Das Pflegeverhältnis muss auf längere Dauer angelegt oder angelegt gewesen sein und es muss eine häusliche Gemeinschaft bestehen oder bestanden haben; Tagespflegeeltern fallen nicht unter den Begriff der Pflegeeltern. Ein Pflegekindverhältnis ist ebenfalls nicht anzunehmen, wenn Lebensgefährten und deren Kinder im gemeinsamen Haushalt leben.