

Name, Vorname	Familienstand	Datum
Beschäftigungsstelle	Personalnummer	Telefon

## An Performa Nord - A 1 SB

### Beitragszuschuss des Arbeitgebers für eine private Krankenversicherung gemäß § 257 Abs. 2 SGB V und / oder für die private Pflegepflichtversicherung gemäß § 61 Abs. 2 SGB XI

Erklärung bei Erstabmeldung     Änderungsmitteilung

<b>Angaben über Familienangehörige ①</b> <i>Beim Nichtvorhandensein von Familienangehörigen sind nur Angaben unter Nrn. 4, 5 und 9 erforderlich.</i>						
<b>1.</b> Bitte nachstehend jeweils angeben: Vorname; Familienname (falls abweichend); Geburtsdatum; ggf. zusätzlich Kindschaftsverhältnis ankreuzen ("fr.E." = eigenes Kind aus früherer Ehe, "n.e." = eigenes nichteheliches Kind)						
● Ehegatte / eingetragener Lebenspartner:                      geb. am						
<input type="checkbox"/> 1. Kind:	geb. am	<input type="checkbox"/> fr.E.	<input type="checkbox"/> n.e.	<input type="checkbox"/> Stiefk.*	<input type="checkbox"/> Enkelk.*	<input type="checkbox"/> Pflegek.
<input type="checkbox"/> 2. Kind:	geb. am	<input type="checkbox"/> fr.E.	<input type="checkbox"/> n.e.	<input type="checkbox"/> Stiefk.*	<input type="checkbox"/> Enkelk.*	<input type="checkbox"/> Pflegek.
<input type="checkbox"/> 3. Kind:	geb. am	<input type="checkbox"/> fr.E.	<input type="checkbox"/> n.e.	<input type="checkbox"/> Stiefk.*	<input type="checkbox"/> Enkelk.*	<input type="checkbox"/> Pflegek.
<input type="checkbox"/> 4. Kind:	geb. am	<input type="checkbox"/> fr.E.	<input type="checkbox"/> n.e.	<input type="checkbox"/> Stiefk.*	<input type="checkbox"/> Enkelk.*	<input type="checkbox"/> Pflegek.
* Das/Die Stiefkind/-er bzw. Enkelkind/-er wird/werden von mir überwiegend unterhalten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
<b>2.</b> Nachstehend bitte <u>unbedingt</u> jeweils "ja" oder "nein" ankreuzen. Mein Ehegatte / Lebenspartner bzw. mein Kind						
● hat ihren/seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland	Ehegatte/ Lebensp.	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind	
<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
● ist von der Krankenversicherungspflicht befreit bzw. krankenversicherungsfrei (ausgen. wegen geringfügiger Beschäftigung)	<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"/> 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
● ist hauptberuflich selbstständig tätig	<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"/> 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
● hat ein Gesamteinkommen ②, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der mtl. Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) ③ überschreitet	<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"/> 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
● befindet sich im Mutterschutz (Beschäftigungsverbot vor und nach der Entbindung) oder in Elternzeit	<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"/> 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*
o h n e Ausübung einer Beschäftigung	* vom:                      bis					
<b>3.</b> Nachstehende Angabe ist erforderlich, wenn unter Nr.1 mindestens ein mit dem (jetzigen) Ehegatten/Lebenspartner verwandtes Kind aufgeführt und der Ehegatte/Lebenspartner nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist. Das Gesamteinkommen ② des Ehegatten/Lebenspartners übersteigt regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze ④ und ist regelmäßig höher als mein eigenes Gesamteinkommen						
● <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
<b>4.</b> Grund der Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung						
Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung						
● <input type="checkbox"/> nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze ④ versicherungsfrei seit						
● <input type="checkbox"/> aus anderen Gründen von der Versicherungspflicht befreit oder versicherungsfrei *						
* Beim Erstantrag bitte Befreiungsbescheid der Krankenkasse vorlegen oder Grund der Versicherungsfreiheit angeben.						
<b>5.</b> Angaben über die private Krankenversicherung und die private Pflegepflichtversicherung						
● <input type="checkbox"/> Ich bin <b>allein</b> (beim Vorhandensein von Familienangehörigen –vergl. Nr. 1- sind <b>zusätzliche Angaben unter Nr. 6</b> erforderlich)						
● <input type="checkbox"/> Ich bin <b>mit allen</b> unter Nr. 1 genannten Angehörigen						
● <input type="checkbox"/> Ich bin <b>nur mit</b> meinem <input type="checkbox"/> Ehegatten/Lebenspartner <input type="checkbox"/> 1. Kind <input type="checkbox"/> 2. Kind <input type="checkbox"/> 3. Kind <input type="checkbox"/> 4. Kind (beim Vorhandensein von weiteren Angehörigen –vergl. Nr. 1- sind <b>zusätzliche Angaben unter Nr. 6</b> erforderlich) versichert.						
● Höhe des monatlichen Krankenversicherungsbeitrages ⑤            ab _____ : _____ € *						
● Höhe des monatlichen Pflegepflichtversicherungsbeitrages            ab _____ : _____ € *						
<b>* Beitragsbescheinigung nach § 257 SGB V und § 61 SGB XI ist beigelegt</b>						

*Nachstehende Nrn. 6 bis 8 nur ausfüllen, wenn Familienangehörige nicht zusammen mit dem / der Unterzeichner/in (vergl. Angaben unter Nr. 5), sondern aufgrund eigenen Rechts krankenversichert sind*

**6 Angaben über die Krankenversicherungszugehörigkeit eigenständig versicherter Angehöriger**

*(Zutreffendes bitte unbedingt jeweils in den rechten Spalten ankreuzen)*

**Mein Ehegatte/Lebenspartner/Kind/Stiefkind/Enkel ist/sind**

**a) während eines eigenen Beschäftigungsverhältnisses**

	Ehegatte/ Lebensp.	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
● pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● freiwillig versichert in der gesetzlichen Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● privat krankenversichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**b) ohne eigenes Beschäftigungsverhältnis bzw. während einer nur geringfügigen krankentpflichtversicherungsfreien Beschäftigung**

	Ehegatte/ Lebensp.	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
● familienversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● freiwillig versichert in der gesetzlichen Krankenversicherung *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● privat krankenversichert *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● als Student/-in krankenversichert *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● als Rentempfänger/-in krankenversichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● als Arbeitslose/-r krankenversichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* ggf. sind unter 8. weitere Angaben zur Beitragszahlung erforderlich

**7 Angaben zur Pflegepflichtversicherung der eigenständig krankenversicherten Angehörigen**

Soweit nicht die Voraussetzungen für eine beitragsfreie Mitversicherung vorliegen, wird die Pflegepflichtversicherung meiner eigenständig krankenversicherten Angehörigen (siehe Nr. 6) zusammen mit deren Krankenversicherung durchgeführt.  Dies trifft jedoch nicht für folgende/n Angehörige/n zu

*Nr. 8 nur ausfüllen, wenn unter Nr. 6, Buchst. b für Angehörige ohne eigenes Beschäftigungsverhältnis Angaben gemacht wurden, die freiwillig in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung oder als Student/-in krankenversichert sind.*

**8 Angaben über die Beitragszahlung für Angehörige**

Ich zahle aus eigenen Mitteln für eigenständig krankenversicherte Angehörige (s. Fußnote \* zu Nr. 6) einen Beitrag

zur Krankenversicherung lt. beigefügter Beitragsbescheinigung/-en in Höhe von insgesamt monatlich \_\_\_\_\_ €

zur Pflegepflichtversicherung lt. beigefügter Beitragsbescheinigung/-en in Höhe von insgesamt monatlich \_\_\_\_\_ €

Nur bei einer Versicherung als Student/-in: Es besteht Anspruch auf BAföG-Leistungen  nein  ja für .....

**9 Zusatzangabe bei Beantragung eines Beitragszuschusses zur Pflegepflichtversicherung**

**Es besteht ein Anspruch auf Witwen-/Witwer-/Waisen-Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften**

nein  ja für:  mich  das 1. Kind  das 2. Kind  das 3. Kind  das 4. Kind

**10. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin Performa Nord - A 1 SB-Nr.** , alle nach Beginn der Zuschusszahlung eintretenden Änderungen in den mich und meine Angehörigen betreffenden kranken- und pflegepflichtversicherungsrechtlichen Verhältnissen, die Einfluss auf die Gewährung der Arbeitgeberzuschüsse haben könnten, insbesondere die Beendigung des Versicherungsverhältnisses, das Ruhen der Beitragszahlungspflicht, den Wechsel des Versicherungsunternehmens, eine Änderung der Vertragsinhalte oder der Höhe der Beiträge, unverzüglich unter Vorlage entsprechender Bescheinigungen der/des Versicherungsunternehmen/-s mitzuteilen.

**11. Mir ist ferner bekannt, dass Beiträge für Kinder nur bis zu den in § 10 Abs. 2 SGB V/ § 25 Abs. 2 SGB XI angegebenen Lebensaltersgrenzen (18. bzw. 23. bzw. 25. Lj.) und nur unter den dort genannten zusätzlichen Voraussetzungen berücksichtigungsfähig sind, und dass ich verpflichtet bin, das Erreichen dieser Lebensaltersgrenzen ebenfalls mitzuteilen.**

**Hinweis:** Es handelt sich bei diesem Vordruck um die Erhebung personenbezogener Daten zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen für die Gewährung von Beitragszuschüssen für eine private Krankenversicherung und für eine private Pflegepflichtversicherung. Rechtsgundlagen: § 257 Abs. 2 SGB V, § 61 Abs. 2 SGB XI, Art. 6 Abs. 1 S.1 Buchstaben b) und c) DSGVO und Art. 88 Abs. 1 DSGVO. Für die Beantwortung der Fragen gilt eine Mitwirkungspflicht des Antragstellers / der Antragstellerin nach § 60 Abs. 2 SGB I.

.....  
**(Unterschrift)**

**Wir empfehlen Ihnen, von diesem Antrag / dieser Änderungsmittelung eine Kopie zu Ihren Unterlagen zu nehmen, damit Sie bei künftigen Änderungen Ihrer persönlichen bzw. versicherungsrechtlichen Verhältnisse feststellen können, ob eine Mitteilung an den Arbeitgeber erforderlich ist. Für Änderungsmittelungen nach Nr. 10. verwenden Sie bitte diesen Vordruck. Ändert sich jedoch nur die Beitragshöhe, genügt die Vorlage der Bescheinigung nach § 257 SGB V bzw. § 61 SGB IX mit einer formlosen Erklärung, dass weitere Änderungen nicht eingetreten sind, bei Performa Nord - A 1 -).**

**Erläuterungen:**

- ❶ vergl. § 10 SGB V bzw. § 25 SGB XI
- ❷ Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (vergl. § 16 SGB IV)
- ❸ 2025: 535 €
- ❹ 2025: 73.800 € (1/12 = 6.150,00 €) in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. 66.150 € (1/12 = 5.512,50 €) für Versicherte, die am 31.12.2002 privat versichert gewesen sind.
- ❺ Monatsbeitrag ohne die Kosten eines eventuell vereinbarten Selbstbehalts.