

**Erklärung geringfügig entlohnt Beschäftigter zur Krankenversicherung  
 (Zahlung des Arbeitgeber-Pauschalbeitrags zur Krankenversicherung)**

Name, Vorname		Aktenzeichen
Anschrift		
Telefonnummer (tagsüber) <u>dienstlich:</u>	Telefonnummer (tagsüber) <u>privat:</u>	<u>E-Mail-Adresse:</u>

Angaben zur **Krankenversicherung:**

**Zutreffendes bitte ankreuzen!**

<input type="checkbox"/> <b>private Krankenversicherung:</b> bei (Versicherung): _____ seit: _____ <b>(Nachweis ist beigefügt!)</b>	<input type="checkbox"/> <b>gesetzliche Krankenkasse**:</b> bei (Kasse): _____ seit: _____ <b>(Nachweis ist beigefügt!)</b>
--	--

**\*\* Art der gesetzlichen Krankenversicherung:**

<input type="checkbox"/> Eigene <b>Versicherung - ggf. auch freiwillig - als <u>Arbeitnehmer/in</u> über eigene Beschäftigung</b> bei (Arbeitgeber):
<input type="checkbox"/> Eigene <b>freiwillige</b> Versicherung als <b><u>Selbstständige/r</u></b>
<input type="checkbox"/> Eigene Krankenversicherung als <b><u>Student/in</u></b>
<input type="checkbox"/> <b>Familienversicherung</b> nach § 10 SGB V (z. B. über Eltern oder Ehepartner/in)
<input type="checkbox"/> Eigene <b>Versicherung als</b> (bisher / früher) <b><u>Nichtversicherter</u></b> nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
<b>Sonstiges - HINWEISE / Bemerkungen:</b> _____

Ich verpflichte mich, alle **Änderungen**, die diese Erklärung betreffen, dem NLBV **unverzüglich mitzuteilen** (Wechsel von privater zu gesetzlicher Krankenversicherung oder umgekehrt).

Ort, Datum	
	<b>UNTERSCHRIFT (Arbeitnehmer/in – bei Minderjährigen gesetzliche/r Vertreter/in)</b>