

## Bescheinigung / Erklärung des Arbeitgebers / der Dienststelle

Bei  Zutreffendes bitte ankreuzen

Versicherungsnummer:

Bitte stets angeben!

### I. Wir sind eine

- Gebietskörperschaft       Körperschaft       Anstalt       Stiftung  
des deutschen öffentlichen Rechts bzw. Dienststelle einer solchen.
- mildtätige Einrichtung       kirchliche Einrichtung       als gemeinnützig anerkannte Einrichtung
- Selbsthilfeeinrichtung der Angehörigen des öffentlichen Dienstes
- juristische Personen des Privatrechts und nehmen im Hauptzweck Aufgaben wahr, die sonst einer juristischen Person des deutschen öffentlichen Rechts obliegen würden (diese Aufgaben sind auf einer Anlage zu erläutern und erforderlichenfalls durch Satzung o. ä. zu belegen).
- überstaatliche / zwischenstaatliche Einrichtung       internationales militärisches Hauptquartier  
(vergleiche Anlage zu den „Entsendungsrichtlinien“, GMBL 1989, S. 501 ff), zw. Dienststelle eines solchen.
- juristische Personen und Einrichtungen, die die Voraussetzungen gem. Anhang 3 Ziff. 2.2 AKB zum 1. 1. 94 erfüllt hatten, jedoch infolge gesetzlicher Bestimmungen (Privatisierungsgesetz) in ein privatwirtschaftliches Unternehmen umgewandelt worden sind.

### II. Wir bescheinigen, dass Herr / Frau

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

bei uns seit \_\_\_\_\_ beschäftigt ist, mit einer nichtselbstständigen und der Lohnsteuer unterliegenden Tätigkeit von mindestens 50 v. H. der normalen Arbeitszeit und von uns besoldet oder entlohnt wird als

- Beamter / Richter auf Lebenszeit       Berufssoldat der Bundeswehr  
 Beamter / Richter auf Zeit, Probe oder Widerruf       Soldat auf Zeit der Bundeswehr

Voraussichtliche Beendigung des Beamten- bzw. Wehrdienstverhältnisses am: \_\_\_\_\_

- Beschäftigter       Beschäftigter mit NATO-Dienstvertrag
- Angehöriger des öffentlichen Dienstes vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ beurlaubt ist.
- unmittelbar vor Eintritt in den Ruhestand / Vorruhestand am \_\_\_\_\_ bei uns beschäftigt war.
- als versorgungsberechtigte(r) Witwe(r) eines/einer bei uns früher Beschäftigten ist, der/die bei seinem/ihrem Tode die vorstehend angekreuzten Beschäftigungs- bzw. Ruhestandsvoraussetzungen erfüllt hat, und uns nichts darüber bekannt ist, dass sie/er berufstätig ist.
- als Auszubildender seit \_\_\_\_\_ in einem Ausbildungsverhältnis gemäß §§ 3 bis 18 Berufsbildungsgesetz (BBiG) steht. Voraussichtliche Beendigung des Ausbildungsverhältnisses am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift der Dienststelle

### III. Erklärung des Versicherungsnehmers

Ich bestätige, auf die Hinweise zu der Tarifgruppe B in Anhang 3 Ziff. 2 AKB ausdrücklich hingewiesen worden zu sein. Gemäß K.4.1 AKB bin ich verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen den Fortbestand der Voraussetzungen für die Zuordnung zu der Tarifgruppe B auf Verlangen nachzuweisen. Den Wegfall der Voraussetzungen habe ich unverzüglich anzuzeigen. Mir ist auch bekannt, dass ich gemäß K.4.4 AKB bei schuldhaftem Verstoß gegen diese Verpflichtungen einen erhöhten Beitrag (Zuschlag 100 %) zahlen muss.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers

**Zusatzklärung** bei Versicherung eines Familienangehörigen gemäß Anhang 3 Ziff. 2.1 i AKB

Ich bestätige, dass

\_\_\_\_\_  
Herr / Frau

\_\_\_\_\_  
geboren am

als Familienangehörige(r) mit mir in häuslicher Gemeinschaft lebt, von mir unterhalten wird und nicht erwerbstätig ist.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des B-Berechtigten