EUROPA GO
VERSICHERUNG PUR.

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.

☐ 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.

☐ mildtätige Einrichtung ☐ kirchliche Einrichtung ☐ als gemeinnützig anerkannte Einrichtung

☐ Selbsthilfeeinrichtung der Angehörigen des öffentlichen Dienstes

☐ überstaatliche / zwischenstaatliche Einrichtung (vergleiche Anlage zu den „Entsendungsrichtlinien“, GMBL 1989, S. 501 ff)

☐ internationales militärisches Hauptquartier bzw. Dienststelle eines solchen

☐ juristische Personen und Einrichtungen, die die Voraussetzungen gem. Anhang 3 Ziff. 2.2 AKB zum 01.01.1994 erfüllt hatten, jedoch infolge gesetzlicher Bestimmungen (Privatisierungsgesetz) in ein privatwirtschaftliches Unternehmen umgewandelt worden sind.

II. Wir bescheinigen, dass

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

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

Ich bestätige, dass

_____ _____
Vorname und Name geboren am

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

_____
Datum, Unterschrift des B-Berechtigten