



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 (vergl. Anlage zu den „Entsendungsrichtlinien“, GMBL 1989, S. 501 ff), zw. Dienststelle eines solchen.
- juristische Personen und Einrichtungen, die die Voraussetzungen gem. Anhang 5 Ziff. 2.2 AKB (ehemals TB Nr. 9 b) 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: _____

- Angestellter / Arbeiter Angestellter / Arbeiter mit NATO-Dienstvertrag
- Angehöriger des öffentlichen Dienstes vom _____ bis _____ beurlaubt ist.
- unmittelbar vor Eintritt in den Ruhestand / Vorruhestand am _____ bei uns beschäftigt war.
- als Auszubildender seit _____ in einem Ausbildungsverhältnis gemäß §§ 3 bis 18 Berufsbildungsgesetz (BBiG) steht. Voraussichtliche Beendigung des Ausbildungsverhältnisses am: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Dienststelle

III. Erklärung des Versicherungsnehmers

Ich bestätige, dass ich die Hinweise zu der Tarifgruppe B in Anhang 5 Ziff. 2 AKB (ehemals TB Nr. 9 b) zur Kenntnis genommen habe. 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 (ehemals TB Nr. 10 Absatz 3) bei schuldhaftem Verstoß gegen diese Verpflichtungen einen erhöhten Beitrag zahlen muss.

Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers