

Bescheinigung für die Zuordnung zu der Tarifgruppe B in der Kraffahrtversicherung

Bei Zutreffendes bitte ankreuzen

Bitte
stets
angeben

Versicherungsschein-Nr.

I. Wir sind ein/eine

1.1 <input type="checkbox"/> Gebietskörperschaft	1.2 <input type="checkbox"/> Körperschaft des deutschen öffentlichen Rechts bzw. Dienststelle einer solchen.	1.3 <input type="checkbox"/> Anstalt	1.4 <input type="checkbox"/> Stiftung						
2.1 <input type="checkbox"/> mildtätige Einrichtung, deren Zwecke ausschließlich und unmittelbar darauf ausgerichtet sind, bedürftige Personen zu unterstützen (§ 53 AO).		2.2 <input type="checkbox"/> kirchliche Einrichtung, deren Zweck auf die ausschließliche und unmittelbare Förderung einer Religions-Gesellschaft des öffentlichen Rechts gerichtet ist (§ 54 AO).							
3.1 <input type="checkbox"/> als gemeinnützig anerkannte Einrichtung im Sinne von § 52 Abgabenordnung (AO) und dienen im Hauptzweck der <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"><input type="checkbox"/> öffentlichen Gesundheitspflege oder Fürsorge</td> <td style="width:50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Erziehung, Volks- oder Berufsbildung</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Jugend- oder Altenpflege</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Wissenschaft, Kunst oder Religion</td> </tr> </table> (Ein Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamtes, aus dem die Gemeinnützigkeit und die Aufgabenstellung der Einrichtung hervorgehen, liegt vor.)				<input type="checkbox"/> öffentlichen Gesundheitspflege oder Fürsorge	<input type="checkbox"/> Erziehung, Volks- oder Berufsbildung	<input type="checkbox"/> Jugend- oder Altenpflege	<input type="checkbox"/> Wissenschaft, Kunst oder Religion		
<input type="checkbox"/> öffentlichen Gesundheitspflege oder Fürsorge	<input type="checkbox"/> Erziehung, Volks- oder Berufsbildung								
<input type="checkbox"/> Jugend- oder Altenpflege	<input type="checkbox"/> Wissenschaft, Kunst oder Religion								
3.2 <input type="checkbox"/> Selbsthilfeeinrichtung der Angehörigen des öffentl. Dienstes mit Bestätigung gemäß § 66 Abs. 1 Nr. 4 BBG u. § 42 Abs. 2 Nr. 4 BRRG									
4. <input type="checkbox"/> juristische Person des Privatrechts (Aktiengesellschaft, Genossenschaft, Kommanditgesellschaft auf Aktien, Gesellschaft mit beschränkter Haftung, rechtsfähige Stiftung, rechtsfähiger Verein oder Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit) und nehmen im Hauptzweck Aufgaben wahr, die sonst einer juristischen Person des deutschen öffentlichen Rechts obliegen würde. (Diese Aufgaben sind nachstehend zu erläutern und erforderlichenfalls durch Satzung o. ä. zu belegen:) _____ _____ _____									
Ferner <input type="checkbox"/> sind an unserem Grundkapital juristische Personen des deutschen öffentlichen Rechts wie nachstehend aufgeführt beteiligt, und zwar <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"><input type="checkbox"/> unmittelbar</td> <td style="width:50%; border: none;"><input type="checkbox"/> mittelbar, d. h. über juristische Personen des Privatrechts *)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____ mit _____ v.H.</td> <td style="border: none;">_____ mit _____ v.H.</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____ mit _____ v.H.</td> <td style="border: none;">_____ mit _____ v.H.</td> </tr> </table> *) die v.H.-Sätze der mittelbaren Kapitalbeteiligungen (nicht Stimmrechte) errechnen sich wie aus der Anlage ersichtlich (Darstellung auf besonderem Blatt ist beigelegt). <input type="checkbox"/> erhalten wir Zuwendungen aus öffentlichen Haushalten des/der _____ in Höhe von _____ v.H. unserer Haushaltsmittel (§ 23 Bundeshaushaltsordnung – BHO – oder die entsprechenden haushaltsrechtlichen Vorschriften der Länder).				<input type="checkbox"/> unmittelbar	<input type="checkbox"/> mittelbar , d. h. über juristische Personen des Privatrechts *)	_____ mit _____ v.H.	_____ mit _____ v.H.	_____ mit _____ v.H.	_____ mit _____ v.H.
<input type="checkbox"/> unmittelbar	<input type="checkbox"/> mittelbar , d. h. über juristische Personen des Privatrechts *)								
_____ mit _____ v.H.	_____ mit _____ v.H.								
_____ mit _____ v.H.	_____ mit _____ v.H.								
5.1 <input type="checkbox"/> überstaatliche / zwischenstaatliche Einrichtung (vgl. Anlage zu den "Einsendungsrichtlinien", GMBL S. 501 ff).		5.2 <input type="checkbox"/> internationales militärisches Hauptquartier bzw. Dienststelle eines solchen.							

II. Wir sind bis zum eine der oben genannten juristischen Personen bzw. Einrichtungen gewesen, die die Voraussetzungen für die Zuordnung zur Tarifgruppe B erfüllt hatten, erfüllen diese jedoch nicht mehr, da wir in Folge gesetzlicher Bestimmungen in ein privatwirtschaftliches Unternehmen umgewandelt worden sind.

III. Wir bescheinigen, dass Herr / Frau

Zuname / Vorname									
Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort									
1. <input type="checkbox"/> bei uns seit _____ beschäftigt ist , mit einer nicht selbständigen und der Lohnsteuer unterliegenden Tätigkeit von mindestens 50 v.H. der normalen Arbeitszeit als <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Beamter / Richter auf Lebenszeit</td> <td style="width:50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Arbeiter</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Beamter / Richter auf Zeit, Probe oder auf Widerruf (voraussichtliche beendigung des Beamtenverhältnisses am _____)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Berufssoldat der Bundeswehr</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Angestellter</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit der Bundeswehr (vorauss. Beendigung des Wehrdienstverhältnisses am _____)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">und von uns besoldet oder entlohnt wird.</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Angestellter / Arbeiter mit NATO-Dienstvertrag</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Beamter / Richter auf Lebenszeit	<input type="checkbox"/> Arbeiter	<input type="checkbox"/> Beamter / Richter auf Zeit, Probe oder auf Widerruf (voraussichtliche beendigung des Beamtenverhältnisses am _____)	<input type="checkbox"/> Berufssoldat der Bundeswehr	<input type="checkbox"/> Angestellter	<input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit der Bundeswehr (vorauss. Beendigung des Wehrdienstverhältnisses am _____)	und von uns besoldet oder entlohnt wird.	<input type="checkbox"/> Angestellter / Arbeiter mit NATO-Dienstvertrag
<input type="checkbox"/> Beamter / Richter auf Lebenszeit	<input type="checkbox"/> Arbeiter								
<input type="checkbox"/> Beamter / Richter auf Zeit, Probe oder auf Widerruf (voraussichtliche beendigung des Beamtenverhältnisses am _____)	<input type="checkbox"/> Berufssoldat der Bundeswehr								
<input type="checkbox"/> Angestellter	<input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit der Bundeswehr (vorauss. Beendigung des Wehrdienstverhältnisses am _____)								
und von uns besoldet oder entlohnt wird.	<input type="checkbox"/> Angestellter / Arbeiter mit NATO-Dienstvertrag								
2. <input type="checkbox"/> als Angehörige/r des öffentlichen Dienstes vom _____ bis _____ beurlaubt ist, unmittelbar vor der Beurlaubung die vorstehend angekreuzten Voraussetzungen erfüllt hat, und uns nichts darüber bekannt ist, dass er/sie anderweitig berufstätig ist.									
3. <input type="checkbox"/> unmittelbar vor Eintritt in den Ruhestand / Vorruhestand am _____ bei uns die vorstehend angekreuzten Voraussetzungen erfüllt hat und uns nichts darüber bekannt ist, dass er/sie anderweitig berufstätig ist.									
4. <input type="checkbox"/> versorgungsberechtigte/r Witwe/r eines/einer bei uns früher Beschäftigten ist, der/die bei seinem/i ihrem Tode die vorstehend angekreuzten Beschäftigungs- bzw. Ruhestandsvoraussetzungen erfüllt hat, und uns nichts darüber bekannt ist, dass er/sie berufstätig ist.									
5. <input type="checkbox"/> als Auszubildende/r seit _____ in einem Ausbildungsverhältnis gemäß §§ 3 bis 18 Berufsbildungsgesetz (BbiG) steht. Voraussichtliche Beendigung des Ausbildungsverhältnisses am _____									
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Dienststelle									
Sollen Familienangehörige versichert werden, ist zusätzlich folgende Erklärung erforderlich: Ich bescheinige, dass Frau/Herr _____ geb. am _____ mit mir in häuslicher Gemeinschaft lebt, von mir unterhalten wird und nicht erwerbstätig ist. Datum, Unterschrift	Erklärung des Versicherungsnehmers Ich verpflichte mich, dem Versicherer 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 bei schuldhaftem Verstoß gegen diese Verpflichtung einen erhöhten Beitrag zahlen muß. Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers								