

Bescheinigung für die Zuordnung zu der Tarifgruppe B in der Kraftfahrtversicherung

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden an:

Bitte stets angeben

Versicherungsschein-Nr.

I. Wir sind ein/eine

Bei Zutreffendes ankreuzen

1.1 <input type="checkbox"/> Gebietskörperschaft	1.2 <input type="checkbox"/> Körperschaft des deutschen öff. 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 (§52 AO)		2.2 <input type="checkbox"/> kirchliche Einrichtung, deren Zweck auf die ausschließliche und unmittelbare Förderung einer Religionsgesellschaft des öffentlichen Rechts gerichtet ist (§ 54 AO)											
3.1 <input type="checkbox"/> als gemeinnützig anerkannte Einrichtung im Sinne von § 52 Abgabeordnung (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 öff. Dienstes mit Bestätigung gemäß § 66 Abs. 1 Nr. 4 BBG u. § 42 Abs. 2 Nr. 4 BRRG.													
4. <input type="checkbox"/> juristische Personen 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 würden. (Diese Aufgaben sind nachstehend zu erläutern und erforderlichenfalls durch Satzung o.ä. zu belegen:) _____ Ferner <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; border:none;"><input type="checkbox"/> sind an unserem Grundkapital juristische Personen des deutschen öffentlichen Rechts wie nachstehend aufgeführt beteiligt, und zwar</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;"><input type="checkbox"/> unmittelbar</td> <td style="border:none;"></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> <tr> <td style="border:none;">_____ mit _____ v.H.</td> <td style="border:none;">_____ mit _____ v. H.</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> erhalten wir Zuwendungen aus öffentlichen Haushalten des/der _____ in Höhe von _____ v.H. unserer Haushaltsmittel (§23 BHO oder die entsprechenden haushaltsrechtlichen Vorschriften der Länder.				<input type="checkbox"/> sind an unserem Grundkapital juristische Personen des deutschen öffentlichen Rechts wie nachstehend aufgeführt beteiligt, und zwar	<input type="checkbox"/> mittelbar, d.h. über juristische Personen des Privatrechts *)	<input type="checkbox"/> unmittelbar		_____ mit _____ v.H.	_____ mit _____ v. H.	_____ mit _____ v.H.	_____ mit _____ v. H.	_____ mit _____ v.H.	_____ mit _____ v. H.
<input type="checkbox"/> sind an unserem Grundkapital juristische Personen des deutschen öffentlichen Rechts wie nachstehend aufgeführt beteiligt, und zwar	<input type="checkbox"/> mittelbar, d.h. über juristische Personen des Privatrechts *)												
<input type="checkbox"/> unmittelbar													
_____ mit _____ v.H.	_____ mit _____ v. H.												
_____ mit _____ v.H.	_____ mit _____ v. H.												
_____ mit _____ v.H.	_____ mit _____ v. H.												
5.1 <input type="checkbox"/> überstaatliche/zwischenstaatliche Einrichtung(vgl.Anlage zu den „Entsendungsrichtlinien“, GMBL 1989, S. 501 ff)		5.2 <input type="checkbox"/> internationales militärisches Hauptquartier bzw. Dienststelle eines solchen											

II. Wir bescheinigen, daß Herr/Frau

Zuname/Vorname _____							
Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort _____							
1. <input type="checkbox"/> bei uns seit _____ beschäftigt ist, mit einer nichtselbstständigen 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 Beamten- (verhältnisses 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 (voraus.Beendigung des Wehrdienstverhältnisses am _____)</td> </tr> </table> und von uns besoldet oder entlohnt wird.		<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 Beamten- (verhältnisses am _____)	<input type="checkbox"/> Berufssoldat der Bundeswehr	<input type="checkbox"/> Angestellter	<input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit der Bundeswehr (voraus.Beendigung des Wehrdienstverhältnisses am _____)
<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 Beamten- (verhältnisses am _____)	<input type="checkbox"/> Berufssoldat der Bundeswehr						
<input type="checkbox"/> Angestellter	<input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit der Bundeswehr (voraus.Beendigung des Wehrdienstverhältnisses am _____)						
2. <input type="checkbox"/> Als Angehöriger des öffentlichen Dienstes vom _____ bis _____ beurlaubt ist, unmittelbar vor der Beurlaubung dir 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 sit.							
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 sie/er berufstätig ist.							
5. <input type="checkbox"/> 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							
Erklärung des Versicherungsnehmers Ich bestätige, auf die Tarifbestimmungen für die Kraftfahrzeugversicherung ausdrücklich hingewiesen worden zu sein. Danach bin ich verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen den Fortbestand der Voraussetzungen für die Zuordnung zu der Tarifgruppe B auf Verlangen und bei jedem Fahrzeugwechsel nachzuweisen. Den Wegfall der Voraussetzungen habe unverzüglich anzuzeigen. Mir ist bekannt, daß ich bei schuldhaftem Verstoß gegen diese Verpflichtungen erhöhten Beitrag zahlen muß.	Zusatzklärung bei Versicherung eines Familienangehörigen Ich bestätige, daß der/die Versicherungsnehmer/in Herr/Frau _____ geboren am _____ als Familienangehörige(r) mit mir in häuslicher Gemeinschaft lebt, von mir unterhalten wird und nicht erwerbstätig ist.						
Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers	Datum, Unterschrift des/der B-Berechtigten						