

VERSICHERUNGSRECHTLICHER BEURTEILUNGSBOGEN



Hinweis: Der Fragebogen dient als interne Arbeitshilfe des Arbeitgebers oder der Arbeitgeberin. Beschäftigte, Studierende, Schülerinnen und Schüler sowie sonstige Aushilfskräfte sind unter bestimmten Voraussetzungen in allen oder nur einigen Zweigen der Sozialversicherung versicherungsfrei. Damit wir die Beschäftigung versicherungsrechtlich korrekt beurteilen können, sind die nachstehenden Angaben erforderlich.

ANGABEN ZUR PERSON

Vorname (n)	<input type="text"/>		
Name	<input type="text"/>		
Straße	<input type="text"/>	Hausnr.	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	<input type="text"/>		
Geburtsname	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Familienstand	<input type="text"/>	Telefonnr.*	<input type="text"/>

ANGABEN ZUR KRANKENVERSICHERUNG

Name und Sitz der Krankenkasse:	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> versichert als Rentner/in	<input type="checkbox"/> versicherungspflichtiges Mitglied	
<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert		

ANGABEN ZUR DERZEITIGEN BESCHÄFTIGUNG

beschäftigt als	<input type="text"/>		
Beginn	<input type="text"/>	befristet bis	<input type="text"/>
wöchentliche Arbeitszeit	<input type="text"/>	Stunden	
Wird Arbeitsentgelt gezahlt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	<input type="text"/> mtl./Strd.
Handelt es sich um ein in Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschriebenes Praktikum?	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, Zwischenpraktikum während des Studiums (bitte Nachweis beifügen)		
	<input type="checkbox"/> ja, Praktikum vor/nach dem Studium (noch nicht/nicht mehr immatrikuliert - bitte Nachweis beifügen)		

ANGABEN ZUM STUDIUM (bitte gültige Immatrikulationsbescheinigung für das laufende Semester beifügen)

Hochschule/Fachhochschule	<input type="text"/>			
Studienbeginn	<input type="text"/>			
Semesterferien	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
sonstige vorlesungsfreie Zeiten	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
Es handelt sich um ein	<input type="checkbox"/> berufsintegriertes Studium	<input type="checkbox"/> berufsbegleitendes Studium		

ANGABEN FÜR SCHÜLERINNEN UND SCHÜLER

Ist die Schulausbildung abgeschlossen?

nein (bitte aktuelle Schulbescheinigung beifügen) ja, am

Nach Beendigung dieser Beschäftigung

wird ab ein Studium aufgenommen (bitte Bescheinigung der ZVS beifügen)

wird ab ein Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis eingegangen.

wird ab freiwilliger Wehrdienst FWD/Bundesfreiwilligendienst geleistet.

ANGABEN ZU WEITEREN/BISHERIGEN BESCHÄFTIGUNGEN

Wurden während des bzw. werden seit dem vorangegangenen Jahr weitere Beschäftigungen oder Praktika ausgeübt?

nein

ja und zwar:

vom	bis	Ø monatliches Bruttoentgelt in Euro	Ø wöchentliche Arbeitszeit	vorgeschriebenes Praktikum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

*Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK·VBU meine Telefonnummer ausschließlich für Rückfragen zur versicherungsrechtlichen Beurteilung der Beschäftigung verarbeitet und verwendet. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft einschränken bzw. widerrufen. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unserer Homepage <https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/>.

ERKLÄRUNG:

Wir versichern, die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß und den Tatsachen entsprechend beantwortet zu haben. Wir haben davon Kenntnis genommen, dass Änderungen in den Verhältnissen zu einer anderen versicherungsrechtlichen Beurteilung führen können und es deshalb erforderlich ist, solche Änderungen umgehend mitzuteilen.

X

Ort, Datum

Unterschrift der/des Beschäftigten

X

Ort, Datum

Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers

Bitte zurück senden an Postfach: BKK·VBU, 10857 Berlin