

Bescheinigung für die Zuordnung zu der Tarifgruppe B in der Kraftfahrtversicherung

Bei Zutreffendes bitte ankreuzen

Versicherungsnummer

I. Wir sind ein / eine

<p>1.1 <input type="checkbox"/> Gebietskörperschaft des deutschen öffentlichen Rechts bzw. Dienststelle einer solchen.</p>	<p>1.2 <input type="checkbox"/> Körperschaft</p>	<p>1.3 <input type="checkbox"/> Anstalt</p>	<p>1.4 <input type="checkbox"/> Stiftung</p>								
<p>2.1 <input type="checkbox"/> mildtätige Einrichtung, deren Zwecke ausschließlich und unmittelbar darauf ausgerichtet sind, bedürftige Personen zu unterstützen (§53 AO).</p>		<p>2.2 <input type="checkbox"/> kirchliche Einrichtung, deren Zwecke auf die ausschließliche und unmittelbare Förderung einer Religions-Gesellschaft des öffentlichen Rechts gerichtet ist (§54 AO)</p>									
<p>3.1 <input type="checkbox"/> als gemeinnützig anerkannte Einrichtung im Sinne von §52 Abgabenordnung (AO) und dienen im Hauptzweck der</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> öffentlichen Gesundheitspflege oder Fürsorge.</td> <td><input type="checkbox"/> Erziehung, Volks- oder Berufsbildung.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Jugend- oder Altenpflege.</td> <td><input type="checkbox"/> Wissenschaft, Kunst oder Religion.</td> </tr> </table> <p>(Ein Körperschaftsteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamtes, aus dem die Gemeinnützigkeit und die Aufgabenstellung der Einrichtung hervorgeht, liegt vor.)</p>				<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.										
<p>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.</p>											
<p>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 würden. (Diese Aufgaben sind nachstehend zu erläutern und erforderlichenfalls durch Satzung o.ä. zu belegen):</p> <p>Ferner</p> <p><input type="checkbox"/> sind an unserem Grundkapital juristische Personen des deutschen öffentlichen Rechts wie nachstehend aufgeführt beteiligt, und zwar</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> unmittelbar</td> <td><input type="checkbox"/> mittelbar, d.h. über juristische Personen des Privatrechts*)</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">mit _____ v.H.</td> <td style="padding-left: 20px;">mit _____ v.H.</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">mit _____ v.H.</td> <td style="padding-left: 20px;">mit _____ v.H.</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">mit _____ v.H.</td> <td style="padding-left: 20px;">mit _____ v.H.</td> </tr> </table> <p>*) die v.H.-Sätze der mittelbaren Kapitalbeteiligungen (nicht Stimmrechte) errechnen sich wie aus der Anlage ersichtlich (Darstellung auf besonderem Blatt ist beigelegt).</p> <p><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).</p>				<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.	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.										
mit _____ v.H.	mit _____ v.H.										
<p>5.1 <input type="checkbox"/> überstaatliche / zwischenstaatliche Einrichtung (vgl. Anlage zu 5.2 den „Entsendungsrichtlinien“, GMBL 1989,S.501 ff).</p>		<p>5.2 <input type="checkbox"/> internationales militärisches Hauptquartier bzw. Dienststelle eines solchen.</p>									

II. Wir bescheinigen der Versicherung, daß Herr / Frau

Zuname / Vorname								
Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort								
<p>1. <input type="checkbox"/> bei uns seit _____ beschäftigt ist, mit einer nichtselbständigen und der Lohnsteuer unterliegenden Tätigkeit von mindestens 50 v.H. der normalen Arbeitszeit als</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Beamter / Richter auf Lebenszeit</td> <td><input type="checkbox"/> Arbeiter</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Beamter / Richter auf Zeit, auf Probe oder auf Widerruf (voraussichtliche Beendigung des Beamtenverhältnisses am _____)</td> <td><input type="checkbox"/> Berufssoldat der Bundeswehr</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Angestellter</td> <td><input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit der Bundeswehr (voraussichtliche Beendigung des Wehrdienstverhältnisses am _____)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Angestellter / Arbeiter mit NATO-Dienstvertrag</td> </tr> </table> <p>und von uns besoldet oder entlohnt wird.</p>	<input type="checkbox"/> Beamter / Richter auf Lebenszeit	<input type="checkbox"/> Arbeiter	<input type="checkbox"/> Beamter / Richter auf Zeit, auf 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 (voraussichtliche Beendigung des Wehrdienstverhältnisses am _____)		<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, auf 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 (voraussichtliche Beendigung des Wehrdienstverhältnisses am _____)							
	<input type="checkbox"/> Angestellter / Arbeiter mit NATO-Dienstvertrag							
<p>2. <input type="checkbox"/> als Angehöriger des öffentlichen Dienstes vom _____ bis _____ beurlaubt ist, unmittelbar vor der Beurlaubung die vorstehend angekreuzten Voraussetzungen erfüllt hat und nichts darüber bekannt ist, daß er / sie anderweitig berufstätig ist.</p>								
<p>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.</p>								
<p>4. <input type="checkbox"/> versorgungsberechtigte/r Witwe/r eines 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 er / sie anderweitig berufstätig ist.</p>								
<p>5. <input type="checkbox"/> als Auszubildender seit _____ in einem anerkannten Ausbildungsverhältnis gemäß §3 bis 18 Berufsbildungsgesetz (BBiG) steht. voraussichtliche Beendigung des Ausbildungsverhältnisses am _____.</p>								
Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Dienststelle								

Erklärung des Versicherungsnehmers

Ich bestätige, daß mir die Tarifbestimmungen bei Antragstellung ausgehändigt worden sind. Danach 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 bei schuldhaftem Verstoß gegen diese Verpflichtungen einen erhöhten Beitrag zahlen muß.

Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers