

Falls bekannt, bitte angeben

Bearb.-Nr.:

Pers.-Nr.:

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen, ausfüllen oder beilegen

Bitte die 3-seitige Erklärung vollständig abgeben!

## Erklärung

zur Prüfung der Versicherungsfreiheit bzw. Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege-, Renten- und  
Arbeitslosenversicherung

Familienname, Vorname

Versicherungsnummer des Rentenversicherungsträgers

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift

E-Mail

Zu meiner Beschäftigung als

ab

bei

erkläre ich Folgendes:

### ( Dienststelle )

1. Ich übe o. a. Tätigkeit an \_\_\_\_\_ **Tag(en) (Pflichtangabe)** in der Woche aus.

2. Neben der oben angegebenen Beschäftigung übe ich weitere Beschäftigungen oder Tätigkeiten aus: \*)

nein

ja (weitere Angaben sind erforderlich)

a) bei \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Bruttoentgelt \_\_\_\_\_ EURO mtl., wöchentl. Arbeitszeit (gilt nur für Studierende) \_\_\_\_\_ Std.

an \_\_\_\_\_ Tag(en) in der Woche, Personal- bzw. Gehalts- und Bearbeiternummer: \_\_\_\_\_

als Beamtin/Beamter  ja  nein \*)

**Nur ausfüllen bei einem monatlichen Bruttoentgelt bis 556,00 EURO:**

Mein Arbeitgeber hat:

Pauschalbeiträge zur Kranken- und / oder Rentenversicherung entrichtet  ja  nein

Pauschalsteuern entrichtet (Arbeitgeber)  ja  nein

Pauschalsteuern erhoben (vom Arbeitnehmer)  ja  nein

Steuern nach individuellen Lohnsteuermerkmalen erhoben  ja  nein

der Freibetrag nach § 3 Nr. 26 EStG berücksichtigt  ja  nein

b) bei \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Bruttoentgelt \_\_\_\_\_ EURO mtl., wöchentl. Arbeitszeit (gilt nur für Studierende) \_\_\_\_\_ Std.

an \_\_\_\_\_ Tag(en) in der Woche, Personal- bzw. Gehalts- und Bearbeiternummer: \_\_\_\_\_

als Beamtin/Beamter  ja  nein \*)

**Nur ausfüllen bei einem monatlichen Bruttoentgelt bis 556,00 EURO:**

Mein Arbeitgeber hat:

Pauschalbeiträge zur Kranken- und Rentenversicherung entrichtet  ja  nein

Pauschalsteuern entrichtet. (Arbeitgeber)  ja  nein

Pauschalsteuern erhoben (vom Arbeitnehmer)  ja  nein

Steuern nach individuellen Lohnsteuermerkmalen erhoben  ja  nein

der Freibetrag nach § 3 Nr. 26 EStG berücksichtigt  ja  nein

3. Ich bin Beamtin / Beamter  im aktiven Dienst  in Beurlaubung ohne Dienstbezüge  in Elternzeit

Ich habe einen Anspruch auf Beihilfe für die Zeit im Beschäftigungsverhältnis:  ja  nein

4. Bei der Agentur für Arbeit bin ich als Arbeitsuchender gemeldet:  ja  nein \*)

5. Ich beziehe Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld:  ja  nein \*)

6. Ich bin sonst nicht berufsmäßig als Arbeitnehmer tätig, sondern

Selbstständige/r  Hausfrau/-mann  Rentner/in  Schüler/in  Student/in

Versorgungsempfänger/in mit Versorgungsanspruch von \_\_\_\_\_% seit dem \_\_\_\_\_

Die Versorgung wird gezahlt wegen  Erreichens der Altersgrenze  Dienstunfähigkeit.

**Zusatz für Versorgungsempfänger/innen/Pensionäre:**

Ich erhalte Versorgungsbezüge nach beamten- bzw. soldatenrechtlichen

Grundsätzen von/vom \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ EURO

Bearb.-Nr.: \_\_\_\_\_ Pers.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, dieser Stelle Einkünfte aus einer Verwendung im öffentlichen Dienst anzuzeigen.**

6. **Zusatz für Selbstständige:** Meine mtl. Einkünfte betragen: \_\_\_\_\_ EURO brutto.

Ich beschäftige \_\_\_\_\_ Personen.

**Zusatz für Rentner/innen:** Seit dem \_\_\_\_\_ erhalte ich Altersrente;

als Vollrente;  als Teilrente: sie beträgt z. Z. \_\_\_\_\_ EURO

**Ich möchte auf Rentenversicherungsfreiheit verzichten:**

ja (Antrag zum Verzicht ist beigefügt)

nein

Mir ist bewusst, dass die Beiträge von meinem Entgelt einbehalten werden.

**Zusatz für Studierende:** Ich habe eine Hochschulprüfung abgelegt:  ja, am \_\_\_\_\_  nein \*)

Bachelor  Master  \_\_\_\_\_

Ich betreibe nunmehr ein Zweit- oder Aufbaustudium:  ja  nein \*)

(Wenn ja, bitte die Fachrichtungen des Erst- und Zweitstudiums angeben) \_\_\_\_\_

Bachelor  Master  \_\_\_\_\_

Ich habe die Absicht, das Zweit- oder Aufbaustudium mit einer Hochschulprüfung abzuschließen:  ja  nein \*)

Ich strebe eine Promotion ab \_\_\_\_\_ an.

Ich bin ein/e Promotionsstudent/in  ja  nein \*)

**Fügen Sie bitte eine Immatrikulationsbescheinigung bei!**

7. Ich will künftig berufsmäßig als Arbeitnehmer/in oder Beamtin/Beamter tätig sein:

nein  ja, weil \_\_\_\_\_

Grund für die künftige Tätigkeit

8. Im laufenden Kalenderjahr war ich wie folgt gegen Entgelt beschäftigt: \*)

a) bei \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Bruttoentgelt \_\_\_\_\_ EURO mtl.

an \_\_\_\_\_ Tag(en) in der Woche.

**Nur auszufüllen bei einem monatlichen Bruttoentgelt bis 556,00 EURO:**

**Mein damaliger Arbeitgeber hat:**

Pauschalbeiträge zur Kranken- und Rentenversicherung entrichtet  ja  nein

Pauschalsteuern entrichtet (Arbeitgeber)  ja  nein

Pauschalsteuern erhoben (vom Arbeitnehmer)  ja  nein

Steuern nach individuellen Lohnsteuermerkmalen erhoben  ja  nein

der Freibetrag nach § 3 Nr. 26 EStG berücksichtigt  ja  nein

b) bei \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Bruttoentgelt \_\_\_\_\_ EURO mtl.

an \_\_\_\_\_ Tag(en) in der Woche.

**Nur auszufüllen bei einem monatlichen Bruttoentgelt bis 556,00 EURO:**

**Mein damaliger Arbeitgeber hat:**

Pauschalbeiträge zur Kranken- und Rentenversicherung entrichtet  ja  nein

Pauschalsteuern entrichtet (Arbeitgeber)  ja  nein

Pauschalsteuern erhoben (vom Arbeitnehmer)  ja  nein

Steuern nach individuellen Lohnsteuermerkmalen erhoben  ja  nein

der Freibetrag nach § 3 Nr. 26 EStG berücksichtigt  ja  nein

**Sollten Sie unsicher bei der Beantwortung der Fragen sein, können Sie auch gerne eine Kopie der Abmeldung / Jahresmeldung zur Sozialversicherung beilegen.**

9.  Ich war zuletzt /  bin zur Zeit bei folgender gesetzlichen Krankenkasse versichert bzw. familienversichert:

Ich will bei folgender gesetzlichen Krankenkasse versichert werden (Mitgliedsbescheinigung  liegt bei  folgt unverzüglich):

Ich bin bisher bei keiner gesetzlichen Krankenkasse versichert gewesen und werde mein Wahlrecht nicht ausüben.  
Zur Zeit bin ich privat bei \_\_\_\_\_ gegen Krankheit versichert.

Diese Versicherung bestand bereits am 31.12.2002  nein  ja, eine entsprechende Bescheinigung des Krankenversicherungsunternehmens ist beigefügt.

**Hinweis:** Wenn eine Mitgliedsbescheinigung nicht innerhalb von 14 Tagen nach Aufnahme einer Beschäftigung dem Arbeitgeber vorgelegt wird, erfolgt die Anmeldung ab Beginn der Versicherungspflicht bei der letzten Krankenkasse oder einer Krankenkasse nach Wahl des Arbeitgebers. Die Durchführung der Pflegeversicherung erfolgt bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft zur Krankenversicherung besteht.

**10. Nur ausfüllen, wenn das 55. Lebensjahr bereits vollendet ist**

a) Ich war in den vergangenen fünf Jahren bei einer gesetzlichen Krankenkasse Mitglied oder durch meinen Ehegatten familienversichert

ja, bei der \_\_\_\_\_  
(Bezeichnung der Krankenkasse)

für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

nein, ich bzw. mein/e Ehegatt/e/in (bei Familienversicherung) war

krankenversicherungsfrei für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von der Krankenversicherungspflicht auf Antrag befreit für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

als Selbstständige/r krankenversicherungsfrei für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

b) Bis zum Beginn meiner Beschäftigung war ich arbeitslos  ja  nein

**11. Nur auszufüllen bei einer geringfügigen Beschäftigung (Einkommen bis zur Höhe von 538,00 EURO monatlich):**

Ich möchte mich von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen:

ja (Antrag ist beigefügt)

nein

**ÄNDERUNGEN IN DEN VORSTEHENDEN ANGABEN WERDE ICH UNVERZÜGLICH DURCH EIN BESONDERES SCHREIBEN MITTEILEN**

Dazu gehört bei Studierenden insbesondere das Bestehen der Hochschulprüfung

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitnehmers