

Bescheinigung für die Zuordnung zu der Tarifgruppe B in der Kraftfahrtversicherung

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 <input type="checkbox"/> öffentlichen Gesundheitspflege oder Fürsorge <input type="checkbox"/> Jugend- oder Altenpflege <input type="checkbox"/> Erziehung, Volks- oder Berufsbildung <input type="checkbox"/> Wissenschaft, Kunst oder Religion (Ein Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamtes, aus dem die Gemeinnützigkeit und die Aufgabenstellung der Einrichtung hervorgehen, liegt vor.)			
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 würden. (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 <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. *) 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).			
5.1 <input type="checkbox"/> überstaatliche / zwischenstaatliche Einrichtung (vgl. Anlage zu den „Einsendungsrichtlinien“, 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 nichtselbständigen und der Lohnsteuer unterliegenden Tätigkeit von mindestens 50 v.H. der normalen Arbeitszeit als <input type="checkbox"/> Beamter / Richter auf Lebenszeit <input type="checkbox"/> Beamter / Richter auf Zeit, Probe oder Widerruf (voraussichtliche Beendigung des Beamtenverhältnisses am _____) <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Berufssoldat der Bundeswehr <input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit der Bundeswehr (vorauss. Beendigung des Wehrdienstes am _____) <input type="checkbox"/> Angestellter / Arbeiter mit NATO-Dienstvertrag und von uns besoldet oder entlohnt wird.
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 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 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/ihrem Tode die vorstehend angekreuzten Beschäftigungs- bzw. Ruhestandsvoraussetzungen erfüllt hat und nichts darüber bekannt ist, dass er/sie anderweitig 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

X

Sollen Familienangehörige versichert werden, ist zusätzlich folgende Erklärung erforderlich: Ich bestätige, dass Frau / Herr _____ geb. am _____ <input type="checkbox"/> mit mir in häuslicher Gemeinschaft lebt, von mir unterhalten wird und nicht erwerbstätig ist. <input type="checkbox"/> mein Ehepartner 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 X
---	---