

An
R+V BKK
65215 Wiesbaden

oder per Fax: 0611 999 09 – 152

Bitte senden Sie uns den vollständig ausgefüllten Fragebogen per Post oder Fax zu.
Bei Fragen erreichen Sie uns unter 01801 255788*.
*3,9 Ct/Min a.d. Festnetz der Dt. Telekom, ggf. abweichende Preise a.d. Mobilfunknetz.

Versicherungsrechtliche Beurteilung zur Sozialversicherung von beschäftigten Studenten, Praktikanten und Aushilfen

Angaben des Arbeitnehmers

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____
 Straße, Hausnummer: _____
 Postleitzahl: _____ Ort: _____
 Rentenversicherungsnummer: _____
 Derzeitige Krankenkasse: _____

Selbst versichert Familienversichert

Beschäftigt als: Werkstudent(in) Praktikant(in) Aushilfe

Von: _____ bis: _____

Arbeitgeber: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Beabsichtigen Sie nach dieser Beschäftigung eine Dauerbeschäftigung oder ein Berufsausbildungsverhältnis aufzunehmen?

Ja Nein

Hinweis: Von Schülern und Studenten sind für den Beschäftigungszeitraum entsprechende Schul- bzw. Studienbescheinigungen beizufügen.

Angaben zu den letzten 12 Monaten vor der jetzigen Beschäftigungsaufnahme:

Von	Bis	Nicht erwerbstätig	Rentner	Schüler	Student	Arbeitsamt
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschäftigungszeiten:

Von	Bis	Stunden / Woche	Entgelt / Monat	Arbeitgeber

Zusätzlich von Praktikanten auszufüllen:

- Handelt es sich um ein in einer Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschriebenes Praktikum?
Falls **JA**, bitte Auszug aus der Studien- oder Prüfungsordnung beifügen,
aus der die vorgeschriebene Art und Dauer des Praktikums hervorgeht. Ja Nein
- Wird das Praktikum während des Studiums als
so genanntes Zwischenpraktikum abgeleistet? Ja Nein
- Handelt es sich um ein Vorpraktikum? Ja Nein
- Handelt es sich um ein Nachpraktikum? Ja Nein

Änderungen der gemachten Angaben werde ich unverzüglich der Krankenkasse mitteilen.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum _____ Unterschrift Arbeitnehmer _____

Die Erhebung der Daten beruht auf § 206 SGB V.

Angaben des Arbeitgebers

Arbeitnehmer beschäftigt als: _____

Voraussichtliche Dauer der Beschäftigung: Von: _____ bis: _____ Unbestimmte Zeit

Ist die Beschäftigung im Voraus befristet? Ja Laut Vertrag Durch Beschäftigungsart
 Nein

Regelmäßig beschäftigt: _____ Arbeitstage (wöchentlich) _____ Arbeitsstunden (täglich)

Regelmäßiges Arbeitsentgelt: _____ EUR pro: Stunde Woche Monat

Sonderzahlungen: Nein
 Ja. Art: _____ Höhe: _____ EUR

Gründe der Arbeitsaufnahme (Krankheits-, Urlaubsvertretung usw.): _____

Der Arbeitnehmer beabsichtigt, die Aushilfstätigkeit...
→ zu wiederholen: Nein Ja, ab: _____
→ fortzusetzen: Nein Ja, ab: _____

Bei jeder Änderung des Beschäftigungsverhältnisses (z. B. Entgelterhöhung, Verlängerung der ursprünglich vereinbarten Beschäftigungsdauer) ist erneut eine versicherungsrechtliche Prüfung vorzunehmen.

Datum _____ Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers _____ Tel.-Nr. _____

Feststellung der Krankenkasse

Für die Zeit vom: _____ bis: _____ besteht:

Krankenversicherungspflicht: Ja Nein

Pflegeversicherungspflicht: Ja Nein

Rentenversicherungspflicht: Ja Nein

Arbeitslosenversicherungspflicht: Ja Nein

KV Pauschalbeitrag: Ja Nein

RV Pauschalbeitrag: Ja Nein

Personengruppenschlüssel:

Beitragsgruppenschlüssel:

Datum

Stempel und Unterschrift Krankenkasse

Vertragsänderung / Neufeststellung

Mit Vereinbarung vom: _____ wurde das Arbeitsverhältnis bis: _____ verlängert.

Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber

Tel.-Nr.

Für die Zeit vom: _____ bis: _____ besteht:

Krankenversicherungspflicht: Ja Nein

Pflegeversicherungspflicht: Ja Nein

Rentenversicherungspflicht: Ja Nein

Arbeitslosenversicherungspflicht: Ja Nein

KV Pauschalbeitrag: Ja Nein

RV Pauschalbeitrag: Ja Nein

Personengruppenschlüssel:

Beitragsgruppenschlüssel:

Datum

Stempel und Unterschrift Krankenkasse