

# Bescheinigung für die Zuordnung zu der Tarifgruppe B in der Kraftfahrtversicherung

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden an:

Bitte stets angeben

Versicherungsschein-Nr.

## I. Wir sind ein/eine

Bei  Zutreffendes ankreuzen

1.1 <input type="checkbox"/> <b>Gebietskörperschaft</b>	1.2 <input type="checkbox"/> <b>Körperschaft</b> des deutschen öff. Rechts bzw. Dienststelle einer solchen	1.3 <input type="checkbox"/> <b>Anstalt</b>	1.4 <input type="checkbox"/> <b>Stiftung</b>
2.1 <input type="checkbox"/> <b>mildtätige</b> Einrichtung, deren Zwecke ausschließlich und unmittelbar darauf ausgerichtet sind, bedürftige Personen zu unterstützen (§52 AO)	2.2 <input type="checkbox"/> <b>kirchliche</b> Einrichtung, deren Zweck auf die ausschließliche und unmittelbare Förderung einer Religionsgesellschaft des öffentlichen Rechts gerichtet ist (§ 54 AO).		

3.1  als **gemeinnützig** anerkannte Einrichtung im Sinne von § 52 Abgabeordnung (AO) und dienen im Hauptzweck der

<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

(Ein Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamtes, aus dem die Gemeinnützigkeit und die Aufgabenstellung der Einrichtung hervorgehen, liegt vor.)

3.2  **Selbsthilfeeinrichtung** der Angehörigen des öff. Dienstes mit Bestätigung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 4 BBG u. § 42 Abs. 2 Nr. 4 BRRG.

4.  **juristische** Personen 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**

sind an unserem Grundkapital juristische Personen des deutschen öffentlichen Rechts wie nachstehend aufgeführt beteiligt, und zwar

<input type="checkbox"/> <b>unmittelbar</b>	mit _____ v.H.	<input type="checkbox"/> <b>mittelbar</b> , d.h. über juristische Personen des Privatrechts *)	mit _____ v.H.
	mit _____ v.H.		mit _____ v.H.
	mit _____ v.H.		mit _____ v.H.

erhalten wir Zuwendungen aus öffentlichen Haushalten

des/der \_\_\_\_\_  
in Höhe von \_\_\_\_\_ v.H. unserer Haushaltsmittel (§23 BHO oder die entsprechenden haushaltsrechtlichen Vorschriften der Länder.

5.1 <input type="checkbox"/> <b>überstaatliche/zwischenstaatliche</b> Einrichtung(vgl.Anlage zu den „Entsendungsrichtlinien“, GMBL 1989, S. 501 ff)	5.2 <input type="checkbox"/> <b>internationales militärisches</b> Hauptquartier bzw. Dienststelle eines solchen
---	---

## II. Wir bescheinigen, daß Herr/Frau

Zuname/Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_

1.  **bei uns seit** \_\_\_\_\_ **beschäftigt ist**, mit einer nichtselbstständigen und der Lohnsteuer unterliegenden Tätigkeit von mindestens 50 v.H. der normalen Arbeitszeit als

<input type="checkbox"/> Beamter / Richter auf Lebenszeit	<input type="checkbox"/> Arbeiter
<input type="checkbox"/> Beamter / Richter auf Zeit, Probe oder auf Widerruf (voraussichtliche Beendigung des Beamten- verhältnisses am _____)	<input type="checkbox"/> Berufssoldat der Bundeswehr
<input type="checkbox"/> Angestellter	<input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit der Bundeswehr (voraus. Beendigung des Wehrdienstverhältnisses am _____)

**und von uns besoldet oder entlohnt wird.**

Angestellter /Arbeiter mit NATO-Dienstvertrag

2.  Als **Angehöriger des öffentlichen Dienstes** vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ **beurlaubt ist**, unmittelbar vor der Beurlaubung dir vorstehend angekreuzten Voraussetzungen erfüllt hat und uns nichts darüber bekannt ist, daß er/sie anderweitig berufstätig ist.

3.  **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 sit.

4.  **Versorgungsberechtigte/r Witwe/r** eines/einer bei uns früher Beschäftigten ist, der/die bei seinem/i ihrem Tode die vorstehend angekreuzten Beschäftigungs- bzw. Ruhestandsvoraussetzungen erfüllt hat, und uns nichts darüber bekannt ist, daß sie/er berufstätig ist.

5.  als **Auszubildender** seit \_\_\_\_\_ in einem Ausbildungsverhältnis gemäß §§ 3 bis 18 Berufsbildungsgesetz (BBiG) steht. Voraussichtliche Beendigung des Ausbildungsverhältnisses am \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Dienststelle

**Erklärung des Versicherungsnehmers**  
Ich bestätige, auf die Tarifbestimmungen für die Kraftfahrzeugversicherung ausdrücklich hingewiesen worden zu sein. Danach bin ich verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen den Fortbestand der Voraussetzungen für die Zuordnung zu der Tarifgruppe B auf Verlangen und bei jedem Fahrzeugwechsel nachzuweisen. Den Wegfall der Voraussetzungen habe unverzüglich anzuzeigen. Mir ist bekannt, daß ich bei schuldhaftem Verstoß gegen diese Verpflichtungen erhöhten Beitrag zahlen muß.

**Zusatzklärung bei Versicherung eines Familienangehörigen**  
Ich bestätige, daß der/die Versicherungsnehmer/in Herr/Frau \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_ als Familienangehörige(r) mit mir in häuslicher Gemeinschaft lebt, von mir unterhalten wird und nicht erwerbstätig ist.

Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers

Datum, Unterschrift des/der B-Berechtigten