

Erklärung zur Feststellung der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Sozialversicherung und in der Zusatzversorgung

| | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| Name, Vorname, ggfs. Geburtsname | Geburtsdatum, -ort |
| Beschäftigungsdienststelle | Staatsangehörigkeit |
| Beginn der Beschäftigung | Telefon (<i>freiwillige Angabe</i>) |

Zutreffendes bitte ankreuzen. Um Rückfragen und Verzögerungen zu vermeiden, bitte alle Punkte beantworten.

1. Sozialversicherungsnummer / Rentenversicherungsnummer

Die Sozialversicherungsnummer ist von großer Bedeutung. In vielen Fällen kann bereits eine Sozialversicherungsnummer vergeben worden sein, weil Sie z. B. den Grundwehr- oder Zivildienst abgeleistet haben, vor Ihrer jetzt aufgenommenen Tätigkeit oder dem Studium eine Berufsausbildung absolviert haben oder schon einmal berufstätig waren oder eine geringfügige Beschäftigung ausgeübt haben. Die Sozialversicherungsnummer wurde Ihnen von der Deutschen Rentenversicherung durch Übersendung des **Sozialversicherungsausweises** mitgeteilt und ist mit der Rentenversicherungsnummer identisch.

Meine Sozialversicherungsnummer lautet

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Eine Sozialversicherungsnummer ist mir noch nicht zugeteilt worden.

Mir ist in einem anderen Staat eine Sozialversicherungsnummer zugeteilt worden.

Name des Staates _____

Meine Sozialversicherungsnummer _____

(Ggfs. Bescheinigung A 1 beifügen)

2. Krankenversicherung (Einzugsstelle)

| Ich bin | Art des Versicherungsschutzes | bitte Namen und Anschrift der Krankenkasse beifügen |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert <input type="checkbox"/> als Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> als freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> als Familienmitglied versichert | versichert bei: |
| <input type="checkbox"/> | von der gesetzlichen Krankenversicherung befreit worden | bitte Kopie des Bescheides über die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht einreichen |
| <input type="checkbox"/> | privat krankenversichert | Krankenkasse, bei der zuletzt eine gesetzliche Krankenversicherung bestand: |
| <input type="checkbox"/> | Ich bin am 31.12.2002 als Arbeitnehmer/in wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) krankenversicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven (Private Vollkrankenversicherung) versichert gewesen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei (bitte Nachweis beifügen) | |
| <input type="checkbox"/> | zurzeit nicht pflichtversichert. Zuletzt war ich bei der folgenden Krankenkasse gesetzlich versichert: | |

| 3. | Pflegeversicherung | | | | | | | | |
|--|---|--|---------------------|---------------------------|-------------|--|--|--|--|
| | <p>In der sozialen Pflegeversicherung ist von Versicherten ein Beitragszuschlag zu erheben, wenn sie das 23. Lebensjahr vollendet haben und keine Kinder erziehen oder erzo-gen haben.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin kinderlos.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe ein leibliches Kind/Adoptivkind (Geburtsurkunde, Urkunde über Vaterschaftsanerkennung, Adoptionsurkunde etc. beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe (früher) ein Kind in meinen Haushalt aufgenommen, und zwar</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ein Stiefkind <input type="checkbox"/> ein Pflegekind</p> <p>Bitte immer die Geburtsurkunde des/der Kindes/r und eine Melde- bzw. Haushaltsbescheinigung beifügen, bei Stiefkind(-ern) zusätzliche Ihre Heiratsurkunde, bei Pflegekind(-ern) eine Bescheinigung des Jugendamtes über das Pflegeverhältnis.</p> | | | | | | | | |
| 4. | Rentenversicherung/berufsständische Versorgungs- oder Versicherungseinrichtung | | | | | | | | |
| | <p>In der gesetzlichen Rentenversicherung ist die Befreiung von der Versicherungspflicht zugunsten einer berufsständischen Versorgungseinrichtung möglich. Der Antrag auf Befreiung ist für jedes Beschäftigungsverhältnis erneut (auch bei Weiterbeschäftigung) bei der zuständigen Versorgungseinrichtung von der/dem Beschäftigten zu stellen. Bitte beachten Sie die Antragsfristen gem. § 6 Abs. 4 SGB VI.</p> <p>Bis zur Vorlage des Befreiungsbescheides werden die Rentenversicherungsbeiträge an die gesetzliche Rentenversicherung abgeführt.</p> <p>Ich bin Mitglied einer berufsständischen Versorgungs- oder Versicherungseinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei (bitte Mitgliedsurkunde beifügen)</p> | | | | | | | | |
| 5. | Zusatzversorgung | | | | | | | | |
| 5.1 | <p>Ich bin bereits bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL), bei einer kommunalen kirchlichen oder sonstigen Zusatzversorgungseinrichtung versichert worden oder fiel während einer Beschäftigung unter den Geltungsbereich des Bremischen Ruhelohngesetzes.</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <table border="1" data-bbox="295 1395 1520 1525"> <thead> <tr> <th data-bbox="295 1395 601 1451">Bezeichnung der Versorgungseinrichtung</th> <th data-bbox="601 1395 908 1451">Versicherungsnummer</th> <th data-bbox="908 1395 1214 1451">Zeitraum der Versicherung</th> <th data-bbox="1214 1395 1520 1451">Arbeitgeber</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="295 1451 601 1525"></td> <td data-bbox="601 1451 908 1525"></td> <td data-bbox="908 1451 1214 1525"></td> <td data-bbox="1214 1451 1520 1525"></td> </tr> </tbody> </table> <p>Falls Sie bei einer Versorgungseinrichtung versichert waren, von der die Versicherung aufgrund einer Überleitungsvereinbarung zur VBL übergeleitet werden kann, sind Sie nach § 4 Abs. 1 Tarifvertrag Altersversorgung (ATV) verpflichtet, die Überleitung der Versicherung auf die VBL zu beantragen, sobald die Versicherungspflicht zur zusätzlichen Versicherung bei der VBL aufgrund des neuen Arbeitsverhältnisses eintritt.</p> | Bezeichnung der Versorgungseinrichtung | Versicherungsnummer | Zeitraum der Versicherung | Arbeitgeber | | | | |
| Bezeichnung der Versorgungseinrichtung | Versicherungsnummer | Zeitraum der Versicherung | Arbeitgeber | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 5.2 | <p>Ich habe aus einem Beamtenverhältnis bereits eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf lebenslängliche Versorgung mindestens in Höhe der beamtenrechtlichen Mindestversorgungsbezüge erlangt.</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Gewährleistungsbescheid und Nachweis über Beihilfeanspruch beifügen)</p> | | | | | | | | |

| | |
|--|---|
| 8. | Weitere Einkommen |
| | <p>Ich beziehe eine Rente oder habe eine Rente beantragt.</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Rentenart: _____ (bitte Kopie der 1. Seite des Rentenbescheides)</p> <p>Ich erhalte Versorgungs- oder Hinterbliebenenbezüge nach beamtenrechtlichen Grundsätzen bzw. kirchenrechtlichen Vorschriften oder nach den Regelungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ (Bitte Nachweis beifügen)</p> |
| 9. | Unbezahlter Sonderurlaub/Elternzeit |
| | <p>Ich übe die jetzige Beschäftigung während der Dauer eines unbezahlten Sonderurlaubs oder während der Elternzeit aus.</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Unbezahlter Sonderurlaub <input type="checkbox"/> Elternzeit</p> <p>Ich bin nachweislich aus einem bestehenden Beamtenverhältnis beurlaubt:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Dienstherr: _____</p> |
| 10. | Anlagen |
| | <p>Folgende Unterlagen füge ich bei:</p> <p><input type="checkbox"/> Kopien der Urkunden und Bescheinigungen zur Pflegeversicherung (Anlagen zu Punkt 3)</p> <p><input type="checkbox"/> Immatrikulationsbescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Mitgliedsbescheinigung der berufsständischen Versorgungseinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> Entgeltmeldungen zur Sozialversicherung, Verdienstbescheinigung etc. (Anlagen zu Punkt 7 und 8.1)</p> <p><input type="checkbox"/> Gewährleistungsbescheid/Nachweis über Zahlung von Beihilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Zusätzliche Erklärung</p> <p>_____</p> |
| <p>Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung in den vorstehend dargelegten Verhältnissen – insbesondere die Aufnahme weiterer Beschäftigungen - an Performa Nord, A 1 <u>sofort</u> anzuzeigen und dass ich alle Bezüge, die ich infolge unterlassener, verspäteter oder fehlerhafter Meldung zuviel erhalten habe, zurückzahlen muss.</p> <p>Für den Fall einer Beschäftigung bei mehreren Arbeitgebern erkläre ich mein widerrufliches Einverständnis, dass die zur Feststellung der Sozialversicherungspflicht und Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge erforderlichen Daten zwischen den beteiligten Arbeitgebern gegenseitig übermittelt werden.</p> | |
| <p>Ort, Datum, Unterschrift</p> | |
| <p>Hinweis: Es handelt sich hierbei um die Erhebung personenbezogener Daten. Die Angaben sind erforderlich, um die Versicherungspflicht bzw. Versicherungsfreiheit entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zu beurteilen. Rechtsgrundlagen: § 28o Abs. 1 SGB IV, Art. 6 Abs. 1 S. 1 Buchstaben b) und c) DSGVO, Art. 9 Abs. 2 Buchstabe b) DSGVO, Art. 88 Abs. 1 DSGVO i. V. mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG). Weitere Informationen über die Verarbeitung im Rahmen der Entgeltabrechnung und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie im Internet unter https://www.performanord.org/impressum/datenschutzerklaerung-3531.</p> | |