

Personal – Fragebogen – Versicherungspflichtige Beschäftigung

Neueintritt ab:

Änderung ab:

der Firma:

Betriebsstätte:

Name Vorname

Anschrift: Straße – Nr. PLZ/Ort

Geschlecht m/w Kinder/Anzahl Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum Geburtsort ggf. Geburtsname

Familienstand Schwerbehinderung Ja/ Nein

Bank IBAN

Rentenversicherungsnummer

Tätigkeit als: _____ Berufsbezeichnung: _____ Wöchentliche Arbeitszeit: _____ Std.

Das Arbeitsverhältnis ist befristet: Nein / Ja zum: _____ Arbeitsvertrag vom: _____

Es handelt sich um: Hauptbeschäftigung Nebenbeschäftigung

Steuer

Identifikationsnummer	Finanzamt-Nr.	Steuerklasse/Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession

Sozialversicherung

Krankenkasse: Name: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	Elterneigenschaft Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bei privater Krankenversicherung, letzte gesetzliche Krankenversicherung:	

Entlohnung

Lohn/ Gehalt	Euro:
Stundenlohn	Euro:
Sachbezug	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

VWL

Empfänger VWL	Euro	AG-Anteil (Höhe mtl.) Euro
	Seit wann	Vertragsnummer
IBAN	Bankbezeichnung	

Bitte machen Sie Angaben zu weiteren Beschäftigungsverhältnissen bei anderen Arbeitgebern:

<input type="checkbox"/> Ich übe keine weitere Beschäftigung aus				
<input type="checkbox"/> Ich übe eine weitere Beschäftigung aus	Beginn der Beschäftigung:	Beschäftigung ist krankenversicherungspflichtig Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Beschäftigung ist rentenversicherungspflichtig Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Monatliches Entgelt Euro:
Als:				

Bitte machen Sie Angaben über Ihre freiberufliche, selbständige oder gewerbliche Tätigkeit:

<input type="checkbox"/> Ich übe keine freiberufliche, selbständige oder gewerbliche Tätigkeit aus				
<input type="checkbox"/> Ich übe eine freiberufliche, selbständige oder gewerbliche Beschäftigung aus	Beginn der Beschäftigung	Wöchentlicher Zeitaufwand in Stunden	Monatlicher Aufwand für eigene Arbeitnehmer in Euro	Gewinn in Euro lt. letztem Einkommensteuerbescheid
Als:				

Bitte machen Sie Angaben über Ihre Renten und Versorgungsbezüge (z.B. Witwen- oder Waisenrente, Erwerbsminderungsrente aus der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung, aus einer betrieblichen Altersversorgung oder Versorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Grundsätzen):

<input type="checkbox"/> Ich erhalte keine der genannten Rentenbezüge		
<input type="checkbox"/> Ich erhalte folgende Renten- bzw. Versorgungsbezüge	Träger oder Zahlstelle	Monatlicher Zahlbetrag in Euro

Bitte machen Sie Angaben über Ihre Ausbildung:

<p><u>Höchster allgemeinbildender Schulabschluss</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ohne Schulabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Haupt-/ Volksschulabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Abitur / Fachabitur</p>	<p><u>Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung</p> <p><input type="checkbox"/> Meister/ Technik</p> <p><input type="checkbox"/> Bachelor</p> <p><input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen</p> <p><input type="checkbox"/> Promotion</p>
---	--

Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr:

Zeitraum von – bis	Art der Tätigkeit:	Anzahl der Beschäftigungstage
	Versicherungspflichtig <input type="checkbox"/>	
	geringfügig/kurzfristig <input type="checkbox"/>	

Angaben zu den erforderlichen Arbeitspapieren

Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Bescheinigung über den Lohnsteuerabzug, wenn keine Steuer-ID Nummer vorliegt	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Bescheinigung private Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
VWL Vertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Nachweis Elterneigenschaft	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Vertrag betriebliche Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Schul-/Studienbescheinigung	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht

Umseitigen Fragebogen zur betrieblichen Altersversorgung habe ich zur Kenntnis genommen!

Ich bestätige hiermit, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und dass Änderungen, die die oben gemachten Angaben betreffen, unaufgefordert und unverzüglich mitgeteilt werden.

Mir ist bekannt, dass sich durch die Aufnahme oder Beendigung einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit grundlegende Änderungen bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung ergeben können.

Verletze ich meine Mitteilungspflicht, kann ich zum Ersatz des entstandenen Schadens verpflichtet sein.

Ort/Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers

(Bei Minderjährigen auch Unterschrift d. Erziehungsob.)

Unterschrift des Arbeitgebers

Anspruch auf betriebliche Altersversorgung durch Entgeltumwandlung

Hiermit bestätige ich, dass ich von meinem Arbeitgeber über meinen Anspruch auf betriebliche Altersversorgung durch Entgeltumwandlung informiert worden bin.

Ich wurde über die Möglichkeiten der betrieblichen Altersversorgung und die damit verbundenen Steuervorteile aufgeklärt

- Dennoch erkläre ich hiermit, von den Möglichkeiten der betrieblichen Altersversorgung derzeit generell keinen Gebrauch machen zu wollen

oder

- Ich erkläre hiermit, dass ich von meinem Recht auf betriebliche Altersversorgung durch Entgeltumwandlung Gebrauch machen möchte

oder

- Ich erkläre hiermit, dass ich bereits von der Möglichkeit der betrieblichen Altersversorgung durch Entgeltumwandlung Gebrauch mache (Vertrag ist beigelegt).

Ort/Datum

Unterschrift