

Bitte zurück an:

BKK Faber-Castell & Partner
Formularservice
Bahnhofstraße 45
94209 Regen

Telefon
09921 9602-0

Telefax
09921 9602-19

E-Mail
regen@bkk-faber-castell.de

Die Beurteilung von Praktikanten (nicht vorgeschriebenes Praktikum)
finden Nutzer unseres Download-Centers auf den Folgeseiten.

Bitte gehen Sie wie folgt vor:

1. Füllen Sie den Antrag an Ihrem PC aus.
2. Drucken Sie das Formular.
3. Unterschreiben Sie den gewünschten Antrag.
4. Senden Sie den Antrag an die oben angegebene Adresse.

Ihre BKK Faber-Castell & Partner

Versicherungsrechtliche Beurteilung von Praktikanten, die ein nicht vorgeschriebenes Praktikum ableisten

Vorname	Name	Geburtsdatum	Versichertenr.	Familienstand
Straße	PLZ	Ort	beschäftigt als	

Nur für die Krankenkasse		
1. Handelt es sich um ein in einer Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschriebenes Praktikum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Feststellungsbogen Praktikanten (AUS 241) verwenden <hr/> Frage 2 prüfen
2. Ist der Praktikant an einer Hochschule oder Fachhochschule immatrikuliert und leistet ein freiwilliges „Zwischenpraktikum“?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	für KV, PV; AF Feststellungsbogen Studenten (AUS 230) verwenden für RV Frage 3 prüfen <hr/> Frage 4 prüfen
3. Wird kein Arbeitsentgelt oder ein Arbeitsentgelt in Höhe von weniger als 400 EUR gezahlt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsfreiheit zur RV <hr/> Versicherungspflicht zur RV, individueller Beitrag
4. Leistet der Praktikant ein nicht vorgeschriebenes Vor- oder Nachpraktikum ab?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Feststellungsbogen kurzfristig Beschäftigte (AUS 210) verwenden <hr/> Feststellungsbogen kurzfristig Beschäftigte (AUS 210) verwenden

Für die Richtigkeit: _____
 Datum Arbeitnehmer Arbeitgeber/Stempel

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf Art. 5, 6 DSGVO i.V.m. § 206 des Sozialgesetzbuchs, Fünftes Buch und §98 des Sozialgesetzbuchs, Zehntes Buch

Ergebnis:	Es besteht	Krankenversicherungspflicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		Pflegeversicherungspflicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		Rentenversicherungspflicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		Versicherungspflicht zur AF	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Zuständige Einzugsstelle/Bundesknappschaft: _____			
	Personengruppenschlüssel: _____		Beitragsgruppenschlüssel: _____	

Nur für die Krankenkasse

Datum/Unterschrift des Feststellenden _____