

Versicherungsrechtliche Beurteilung von Praktikanten - vorgeschriebenes Praktikum -

Die Erhebung der Daten beruht auf § 98 SGB X und § 206 SGB V



Name, Vorname	Geburtsdatum	Versicherungsnummer
Anschrift		mtl. Entgelt
Praktikum von/bis	Praktikum als	

1. Ist das Praktikum in einer Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben?

ja *	<input type="checkbox"/>	Frage 2 prüfen
nein	<input type="checkbox"/>	Feststellungsbogen „Praktikanten – nicht vorgeschriebenes Praktikum“ verwenden

2. Handelt es sich um ein Zwischenpraktikum und ist der Praktikant immatrikuliert?

ja	<input type="checkbox"/>	Versicherungsfreiheit
nein	<input type="checkbox"/>	Frage 3 prüfen

Studium von _____ bis _____
Aktuelles Semester _____

3. Erhält der Praktikant Arbeitsentgelt?

Ja	<input type="checkbox"/>	Versicherungspflicht als zur Berufsausbildung Beschäftigter**
nein	<input type="checkbox"/>	Versicherungspflicht zur RV, ALV*** Für KV, PV Frage 4 prüfen

Monatliche Höhe: _____ EUR

4. Ist der Praktikant bei einer gesetzlichen Krankenkasse familienversichert?

ja	<input type="checkbox"/>	Vorrangige Familienversicherung
nein	<input type="checkbox"/>	Versicherungspflicht als Praktikant in der KV, PV. Beiträge sind vom Praktikanten selbst zu zahlen.

*) Praktikantenvertrag - sofern abgeschlossen - zu den Personalunterlagen nehmen.

**) Arbeitsentgelt nicht höher als 325 EUR? Dann trägt der Arbeitgeber die Beiträge alleine.

***) Beiträge zur RV und ALV werden aus einem fiktiven monatlichen Entgelt i. H. v. 1 Prozent der Bezugsgröße abgeführt.

Arbeitgeber _____

Arbeitnehmer _____

Ergebnis:	Krankenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Personengruppenschlüssel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Rentenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
	Arbeitslosenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
	Pflegeversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Beitragsgruppenschlüssel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Beitragszuschlag zur PV	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	

Zuständige Einzugsstelle _____

Geprüft am/ geprüft durch _____



Sie haben Fragen? Kontaktieren Sie uns.

Tel. 07731 5919-299, Fax 07731 5919-209, ArbeitgeberService@bkk-linde.de

www.bkk-linde.de