

Versicherungsrechtliche Beurteilung von beschäftigten Studenten

(immatrikuliert und keine Dualen Studiengänge)

Die Erhebung der Daten beruht auf

§ 98 SGB X und § 206 SGB V



Name, Vorname	Geburtsdatum	Versicherungsnummer
Anschrift		mtl. Entgelt
Daue der Beschäftigung	beschäftigt als	

1. Erfüllt die zu beurteilende Beschäftigung die Voraussetzungen einer kurzfristigen Beschäftigung (längstens drei Monate bei mind. 5 AT/Woche, bzw. 70 Arbeitstage bei regelmäßig weniger als 5 AT/Woche im Kalenderjahr)?
- ja Versicherungsfreiheit in allen Sozialversicherungsweigen
- nein KV, PV, ALV: Frage 2 prüfen
RV: Versicherungspflicht

von	bis	Dauer			Arbeitgeber	mtl. Entgelt
		Monate	Kalender-tage	Arbeits-tage		

2. Beträgt die wöchentliche Arbeitszeit (aus allen Beschäftigungen) nicht mehr als 20 Stunden?
- ja KV, PV, ALV: Versicherungsfreiheit
- nein Frage 3 prüfen

Arbeitszeit: _____ Stunden/Woche

3. Wird die Beschäftigung überwiegend in der vorlesungsfreien Zeit (Abend- und Nachtstunden, Wochenende) ausgeübt?
- Ja KV, PV, ALV: Versicherungsfreiheit
- nein Frage 4 prüfen

4. Beträgt die Arbeitszeit ausschließlich in den Semesterferien mehr als 20 Stunden?
- ja KV, PV, ALV: Versicherungsfreiheit
- nein Frage 5 prüfen

5. Ist die Beschäftigung befristet auf längstens drei Monate oder wird diese ausschließlich in den Semesterferien ausgeübt?
- ja Frage 6 prüfen
- nein KV, PV, ALV: Versicherungspflicht

Sie haben Fragen? Kontaktieren Sie uns.

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

www.bkk-linde.de



Versicherungsrechtliche Beurteilung von beschäftigten Studenten

(immatrikuliert und keine Dualen Studiengänge)

Die Erhebung der Daten beruht auf

§ 98 SGB X und § 206 SGB V



6. Wurde in den letzten 12 Monaten (vom Ende der zu beurteilenden Beschäftigung) an mehr als 182 Kalendertagen eine Beschäftigung mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mehr als 20 Stunden ausgeübt? ja KV, PV, ALV: Versicherungspflicht
nein KV, PV, ALV: Versicherungsfreiheit

von	bis	Dauer			Arbeitgeber	mtl. Entgelt
		Monate	Kalender-tage	Arbeits-tage		

Richtigkeit der Angaben festgestellt am _____

Arbeitgeber _____

Arbeitnehmer _____

Ergebnis:	Krankenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Personengruppenschlüssel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Beitragsgruppenschlüssel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Rentenvversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
	Arbeitslosenvversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
	Pflegeversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
	Beitragszuschlag zur PV	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
	Pauschalbeitrag zur KV	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
	Pauschalbeitrag zur RV	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	

Zuständige Einzugsstelle: _____ Immatrikulationsbescheinigung liegt vor? _____

Geprüft am/ geprüft durch: _____

