

**Fragebogen zur Sozialversicherung
zur Feststellung der Versicherungspflicht bzw. -freiheit**

Einstellung Weiterbeschäftigung von Herrn Frau

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
PLZ/Wohnort	Straße, Hs. Nr.	Ggf. Personalnummer

Üben Sie neben dem Beschäftigungsverhältnis an der Universität Bayreuth noch weitere Beschäftigungen aus?

nein Bitte ggf. weiter bei Frage 3! ja Bitte weiter bei Frage 2!

Frage 2:

Weiterer Arbeitgeber	Arbeitszeit (Stunden)	Arbeitsentgelt (Euro)	a) beschäftigt. Seit b) befristet bis
	<input type="checkbox"/> wöch. <input type="checkbox"/> mtl.		a) b)

Weitere Arbeitgeber bitte auf Beiblatt mit allen o. g. Angaben!

Frage 3:

Waren Sie in den letzten 12 Monaten vor dieser Beschäftigung gegen Entgelt beschäftigt und/oder haben Sie für die Zukunft bereits weitere Beschäftigungen (ggf. auch bei anderen Arbeitgebern) vereinbart? nein ja bei:

Arbeitgeber (mit Anschrift):	Arbeitszeit (Stunden)	Arbeitsentgelt (Euro)	a) beschäftigt seit b) befristet bis
	<input type="checkbox"/> wöch. <input type="checkbox"/> mtl.		a) b)

Frage 4:

Sind Sie **neben** dem Arbeitsvertrag mit der **Universität Bayreuth**:

<input type="checkbox"/>	Rentner/in/Versorgungsempfänger/in (mit Angabe der bewilligenden Stellen)	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges (z. B. hauptberuflich beschäftigt und daraus beurlaubt, Selbstständige/r)	
<input type="checkbox"/>	Beim Arbeitsamt als Arbeitssuchender gemeldet	

Frage 5:

Wie und wo sind Sie **kranken**versichert?

<input type="checkbox"/>	Eigene Versicherung bei privatem Krankenversicherungsunternehmen	Name der Krankenkasse (genaue Angabe mit Ort)
<input type="checkbox"/>	Pflichtversicherung aufgrund einer Hauptbeschäftigung	
<input type="checkbox"/>	Freiwillige Krankenversicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse (AOK oder Ersatzkasse)	
<input type="checkbox"/>	Mitversichert in Familienversicherung	
<input type="checkbox"/>	Ohne Versicherungsschutz	

RV-Nummer (wenn bekannt)	
--------------------------	--

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Alle Änderungen, die meine Versicherungsfreiheit- bzw. -pflicht (insbesondere die Aufnahme oder Beendigung eines weiteren Beschäftigungsverhältnisses oder den Wechsel der Krankenkasse) beeinflussen können, gebe ich unverzüglich bekannt. Ich bin damit einverstanden, dass bei einer Mehrfachbeschäftigung Daten, die für die Sozialversicherung wichtig sind, mit den weiteren Arbeitgebern ausgetauscht werden. Damit soll sichergestellt werden, dass die Beiträge zur Sozialversicherung richtig abgeführt werden.
Fehlende oder unrichtige Angaben können im Einzelfall zu Regreßansprüchen gem. § 28 g SGB IV gegenüber dem/der Beschäftigten führen.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Hinweis: Die Beantwortung der Fragen ist notwendig zur Beurteilung der Sozialversicherungspflicht bzw. -freiheit (Auskunftspflicht an Arbeitgeber gem. § 198 SGB V i. V. m. § 28 c SGB IV).