

Bescheinigung für die Zuordnung zu der Tarifgruppe D in der Kraftfahrtversicherung

Bei Zutreffendes bitte ankreuzen

Bitte
stets
angeben

Versicherungsschein-Nr.

Amtliches Kennzeichen

I. Wir sind ein/eine

| | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> juristische Person oder Einrichtung des Privatrechts (einschließlich unsere 100% ige Tochterunternehmen), die seit dem 01.01.1994 infolge von Privatisierungsmaßnahmen der öffentlichen Hand in ein privatwirtschaftliches Unternehmen umgewandelt wurde. | 2.2 <input type="checkbox"/> Verkehrsbetrieb , mit festen Fahrplänen und festen Streckenführungen. Es besteht Betriebspflicht und Beförderungszwang. |
| 2.1 <input type="checkbox"/> Versorgungsunternehmen , das die Versorgung der Bevölkerung mit Wasser, Gas, Elektrizität und Fernwärme gewährleistet und als juristische Person des Privatrechts organisiert ist. | |
| 3. <input type="checkbox"/> Wohnungsbauunternehmen in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts. | |
| Ferner <input type="checkbox"/> sind an unserem Grundkapital juristische Personen des deutschen öffentlichen Rechts wie nachstehend aufgeführt beteiligt, und zwar <input type="checkbox"/> unmittelbar mit _____ v.H. <input type="checkbox"/> mittelbar , d. h. über juristische Personen des Privatrechts*) _____ mit _____ v.H. *) die v.H.-Sätze der mittelbaren Kapitalbeteiligungen (nicht Stimmrechte) errechnen sich wie aus der Anlage ersichtlich (Darstellung auf besonderem Blatt ist beigelegt). | |
| 4. <input type="checkbox"/> Private Krankenanstalt , die der Gesundheitspflege dient (z. B. Kurkliniken, Reha-Zentren, Sanatorien) und als juristische Person des Privatrechts organisiert ist. | |

II. Wir bescheinigen, dass Herr/Frau

| |
|--|
| Zuname/Vorname |
| Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort |
| 1. <input type="checkbox"/> bei uns seit _____ beschäftigt ist , mit einer nichtselbstständigen und der Lohnsteuer unterliegenden Tätigkeit von mindestens 50 v. H. der normalen Arbeitszeit als <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter und von uns entlohnt wird. |
| 2. <input type="checkbox"/> unmittelbar vor Eintritt in den Ruhestand/Vorruhestand am _____ bei uns die vorstehend unter Ziffer 1 angekreuzten Voraussetzungen erfüllt hat und uns nichts darüber bekannt ist, dass er/sie anderweitig berufstätig ist. |
| Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers |

Erklärung des Versicherungsnehmers

Ich bestätige, auf die Allgemeinen Bedingungen für die Kfz-Versicherung (AKB) ausdrücklich hingewiesen worden zu sein. Danach bin ich verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen den Fortbestand der Voraussetzungen für die Zuordnung zu der Tarifgruppe D auf Verlangen und bei jedem Fahrzeugwechsel nachzuweisen. Den Wegfall der Voraussetzungen habe ich unverzüglich anzuzeigen. Mir ist auch bekannt, dass ich bei schuldhaftem Verstoß gegen diese Verpflichtungen einen erhöhten Beitrag zahlen muss.

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers

Anschrift

ALTE LEIPZIGER
Versicherung Aktiengesellschaft
Vertragsservice Kraftfahrt
Postfach 1660
61406 Oberursel