

Versicherungsrechtliche Beurteilung von Praktikanten, die ein in einer Studien- oder Prüfungsordnung nicht vorgeschriebenes Praktikum ableisten

Name, Vorname des Praktikanten	Versicherungs-Nr. (falls nicht bekannt, Geburtsdatum)	Familienstand
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	beschäftigt als

1. Handelt es sich um ein in einer Studien- oder Prüfungsordnung **vorgeschriebenes** Praktikum?

ja	<input type="checkbox"/>	Feststellungsbogen „Versicherungsrechtliche Beurteilung von Praktikanten“
nein	<input type="checkbox"/>	Frage 2 prüfen

2. Ist der Praktikant an einer Hochschule oder Fachhochschule immatrikuliert und leistet ein freiwilliges „Zwischenpraktikum“ ab?

ja	<input type="checkbox"/>	Frage 3 prüfen
nein	<input type="checkbox"/>	Frage 4 prüfen

3. Wird ein Arbeitsentgelt gezahlt?

ja	<input type="checkbox"/>	für KV, PV, ALV Feststellungsbogen „Versicherungsrechtliche Beurteilung von beschäftigten Studenten“ verwenden; Versicherungspflicht zur RV als Arbeitnehmer; ggf. geringfügige Beschäftigung prüfen („Versicherungs- und beitragsrechtliche Beurteilung von geringfügig entlohnnten Beschäftigten“/ „Versicherungsrechtliche Beurteilung von kurzfristig Beschäftigten“)
nein	<input type="checkbox"/>	Versicherungsfreiheit/keine Versicherungspflicht (KV, PV: als Student oder familienversichert)

4. Wird ein Arbeitsentgelt gezahlt?

ja	<input type="checkbox"/>	Versicherungspflicht zur KV, PV, RV, AIV als Arbeitnehmer ggf. geringfügige Beschäftigung prüfen („Versicherungs- und beitragsrechtliche Beurteilung von geringfügig entlohnnten Beschäftigten“/„Versicherungsrechtliche Beurteilung von kurzfristig Beschäftigten“)
nein	<input type="checkbox"/>	keine Versicherungspflicht (KV, PV: ggf. familienversichert)

Für die Richtigkeit: _____

	Datum	Arbeitnehmer	Arbeitgeber
--	-------	--------------	-------------

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

Ergebnis:	Es besteht	Krankenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Personengruppen- schlüssel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Pflegeversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
		Rentenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Beitragsgruppen- schlüssel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Arbeitslosenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
		KV-Pauschalbeitrag	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
		RV-Pauschalbeitrag	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	

zuständige Einzugsstelle/Minijob-Zentrale: _____

Datum/Unterschrift des Feststellenden _____