

Persönliche Erklärung zur Einstufung in den A- oder B-Tarif

KRAVAG-Versicherungen
Heidenkampsweg 100 · D-20097 Hamburg · ☎ (040) 2 36 06-0

Kfz-Versicherung Anrede: Herr Frau Herr + Frau ohne Anrede

FD-Nr. Kfz-Vertragsnummer Amtliches Kennzeichen

Name, Vorname, Titel

Zustellvermerk/Namensergänzung

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

A-Tarif Ich bin

landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des §123 I Nr. 1 Sozialgesetzbuch VII

Der Betrieb wird bei der Berufsgenossenschaft geführt unter der Nr.

Familienangehöriger eines landwirtschaftlichen Unternehmers (s.o.)
Ich lebe mit diesem in häuslicher Gemeinschaft, arbeite in dessen Betrieb mit und bin nicht anderweitig berufstätig.

ehemaliger landwirtschaftlicher Unternehmer
und habe unmittelbar vor Übergabe des Betriebes die Voraussetzungen zur Zuordnung in den A-Tarif (im oben genannten Sinne) erfüllt und bin nicht anderweitig berufstätig.

Witwe/r eines (ehemaligen) landwirtschaftlichen Unternehmers, der bei seinem Tode die oben genannten Voraussetzungen erfüllt hat, und bin nicht anderweitig berufstätig.

B-Tarif Ich bin als

Beamter Angestellter Arbeiter Auszubildender

im öffentlichen Dienst

bei einem dem öffentlichen Dienst gleichgestellten Arbeitgeber

hauptberuflich tätig.

hauptberuflich tätig gewesen und jetzt im Ruhestand.

Familienangehöriger des o.g. Personenkreises (in häuslicher Gemeinschaft/nicht berufstätig).

Witwe/r eines Beamten/Angestellten/Arbeiters im obigen Sinne nicht anderweitig berufstätig.

Name und Anschrift der Dienststelle/des Arbeitgebers

Geschäftszweig (z.B. öff. Gesundheitspflege, Verkehrsbetriebe, Berufsbildung):

Ermächtigung und Unterschrift Ich bin damit einverstanden, dass die KRAVAG die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben bei den dafür zuständigen Stellen nachprüft.

Ich bin verpflichtet, der KRAVAG den Fortbestand der Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem der Tarife A/B auf Verlangen und bei jedem Fahrzeugwechsel erneut nachzuweisen. Den Wegfall der Voraussetzungen habe ich unverzüglich anzuzeigen.

Mir ist auch bekannt, dass ich bei schuldhaftem Verstoß gegen diese Verpflichtungen einen erhöhten Beitrag (gem. TB) zahlen muss.

Datum, Unterschrift des Berechtigten und ggf. des Familienangehörigen

Platz für eventuell gewünschte Bestätigung durch den Arbeitgeber