

# Personalfragebogen

Pers.Nr.: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  männlich  weiblich  
Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ  
Geburtsort, -land: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Rentenvers.-Nr.: \_\_\_\_\_  
ZVK-Arbeitnehmernr.: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Bankname: \_\_\_\_\_  
Bankleitzahl / BIC: \_\_\_\_\_  
Kontonummer / IBAN: \_\_\_\_\_  
Identifikationsnummer: \_\_\_\_\_

Verheiratet:  ja  nein  
Rentenbezieher:  ja  nein  
Student:  ja  nein  
Praktikant:  ja  nein  
vorgeschiedenes Praktikum  ja  nein  
Ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
Höchster Schulabschluss: \_\_\_\_\_  
Höchster Ausbildungsabschluss: \_\_\_\_\_  
Arbeitnehmerüberlassung:  ja  nein  
Vertragsform:  Vollzeit  Teilzeit  
Arbeitsvertrag ist befristet:  ja  nein  
Wenn ja, befristet bis: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ  
Aufenthaltsgenehmigung von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
Arbeitserlaubnis von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
Immatrikulation von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
Schwerbehindert:  ja  nein  
Wenn ja, Behinderungsgrad in %: \_\_\_\_\_  
Hauptbeschäftigung?  ja  nein  
Ausübung weiterer Beschäftigungen?  ja  nein

## Angaben zur Sozialversicherungspflicht

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 pflichtversichert  
 freiwillig versichert ⇒  Selbstzahler  Firmenzahler  
 privat versichert ⇒  Selbstzahler  Firmenzahler  
AG-Zuschuss private KV: \_\_\_\_\_ € PV: \_\_\_\_\_ €  
Gesamtbetrag private KV: \_\_\_\_\_ € PV: \_\_\_\_\_ €  
Basisabsicherung private KV: \_\_\_\_\_ € PV: \_\_\_\_\_ €  
Statuskennzeichen:  Ehegatte, Lebenspartner, Abkömmling  Geschäftsf. Gesellschafter

### Angaben zur Rentenversicherung:

es besteht Beitragspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung  
 es besteht Beitragspflicht bei nachstehendem berufsständischen Versorgungswerk:

\_\_\_\_\_ Mitgliedsnr.: \_\_\_\_\_ HV-Beitrag: \_\_\_\_\_ €

### Angaben zur Pflegeversicherung (PV-Zuschlag):

Elterneigenschaft liegt vor:  ja (lt. beigefügtem Geburtsnachweis)  nein

### Angaben zur Entlohnung und zur Arbeitszeit

<input type="checkbox"/> Lohn   Gehalt	in Höhe von:	_____ €	<input type="checkbox"/> brutto	<input type="checkbox"/> netto
<input type="checkbox"/> Stundenlohn	in Höhe von:	_____ €	<input type="checkbox"/> pro Std. brutto	<input type="checkbox"/> pro Std. netto
<input type="checkbox"/> Sonderzahlung	in Höhe von:	_____ €	<input type="checkbox"/> brutto	<input type="checkbox"/> netto
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	in Höhe von:	_____ €	Auszahlung in Monat: _____	
			<input type="checkbox"/> monatl.	<input type="checkbox"/> jährl.
			<input type="checkbox"/> brutto	<input type="checkbox"/> netto

### Vereinbarte Arbeitszeit:

Das Arbeitsentgelt wird erzielt in \_\_\_\_\_ monatlich: \_\_\_\_\_ Std.  
bzw. \_\_\_\_\_ wöchentlich: \_\_\_\_\_ Std.

### Urlaubsanspruch:

Anspruch im lfd. Jahr: \_\_\_\_\_ Tage  
Jährl. Urlaubsanspruch: \_\_\_\_\_ Tage

### Angaben zu Vermögenswirksamen Leistungen (VWL)

kein Vertrag

WVL AG-Anteil in Höhe von: \_\_\_\_\_ €

Bausparinstitut: \_\_\_\_\_ Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl / BIC: \_\_\_\_\_ Spar-/Überweisungsbetrag: \_\_\_\_\_ €

Kontonummer / IBAN: \_\_\_\_\_ Beginn der Zahlung: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ

### Angaben zu Altersvorsorgeverträgen

kein Vertrag

Direktversicherung  Pensionskasse  Pensionsfond  Direktzusage  Unterstützungskasse

Arbeitgeberanteil: \_\_\_\_\_ €  monatl.  viertelj.  halbj.  jährl.

Arbeitnehmeranteil (Entgeltumwandlung): \_\_\_\_\_ €  monatl.  viertelj.  halbj.  jährl.

Versicherer: \_\_\_\_\_ Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl / BIC: \_\_\_\_\_ Versorgungszusage ab: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ

Kontonummer / IBAN: \_\_\_\_\_ Beginn der Zahlung: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ

### Angaben zu bestehenden Daueraufträgen und Pfändungen

keine

<input type="checkbox"/> Dauerauftrag	<input type="checkbox"/> Pfändung	<input type="checkbox"/> Unterhaltspfändung
Betrag: _____ €	Gesamtbetrag der Pfändung: _____ €	
Empfänger: _____	Empfänger: _____	
Bankname: _____	Bankname: _____	
Bankleitzahl / BIC: _____	Bankleitzahl / BIC: _____	
Kontonummer / IBAN: _____	Kontonummer / IBAN: _____	
Verwendungszweck: _____	Aktenzeichen: _____	
Zahlungsintervall: <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> viertelj.	Eingangsdatum: _____ TT.MM.JJJJ	
<input type="checkbox"/> halbj. <input type="checkbox"/> jährl.	Anzahl unterhaltspf. Personen: _____	
	Festbetrag bei Unterhaltspfändung: _____ €	

## Angaben zu weiteren beitragspflichtigen Einnahmen (Mehrfachbezieher)

keine

Arbeitnehmer bezieht daneben folgende beitragspflichtige Einnahmen, die den Arbeitgeber ab 01.01.2012

zur Abgabe einer GKV Monatsmeldung verpflichten:

- Einkünfte aus einer weiteren Beschäftigung (Mehrfachbeschäftigung)
- Gesetzliche Rente
- Versorgungsbezug (Firmenrente)
- Arbeitslosengeld nach SGB II oder SGB III

---

## Elektronische Bescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit (BEA-Verfahren)

- Ich stimme der elektronischen Übermittlung von Bescheinigungen (z. B. Bescheinigung über Nebeneinkommen, Arbeitsbescheinigung) an die Bundesagentur für Arbeit zu.

---

## Beigefügte Unterlagen des Arbeitnehmers

Bescheinigung für den Lohnsteuerabzug	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
VWL-Vertrag	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Altersvorsorge-Vertrag	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Pfändungsverfügung	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Geburtsnachweis Kind	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Mitgliedsbescheinigung gesetzliche Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Bescheinigung private Krankenkasse (Arbeitgeberzuschuss/Vorsorgeaufwendungen)	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie

---

## Sonstige Angaben

---

---

---

---

---

---

## Bestätigung des Arbeitnehmers

Hiermit versichere ich, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen (Art, Dauer und Entgelt), werde ich meinem Arbeitgeber unverzüglich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
(Datum | Unterschrift)

---

## Bestätigung des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_  
(Sachbearbeiter)

\_\_\_\_\_  
(Datum | Firmenstempel)