



Aktenzeichen:

Fragebogen zur Prüfung der Versicherungspflicht als landwirtschaftlicher Unternehmer			
A. Angaben zur Person			
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)			Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer	Rentenversicherungs-Nr.
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig Falls nicht ledig, seit _____ Tag, Monat, Jahr <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend			
B. Angaben zur Person des Ehegatten			
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)			Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer	Rentenversicherungs-Nr.
Liegt eine volle Erwerbsminderung vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar seit _____ Tag, Monat, Jahr			
C. Angaben zur Tätigkeit in der Gesellschaft			
1. Sind Sie im Gesellschaftsunternehmen tätig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> ausschließlich <input type="checkbox"/> teilweise; durchschnittlich _____ Stunden wöchentlich			
2. Üben Sie im Gesellschaftsunternehmen eine rentenversicherungspflichtige Tätigkeit aus? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar als _____ Art der Tätigkeit Wurde ein Statusfeststellungsverfahren durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
D. Angaben zu außerlandwirtschaftlichen Tätigkeiten			
1. Sind Sie derzeit Schüler oder Student? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Schul- oder Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)			
2. Üben Sie eine außerlandwirtschaftliche selbständige Tätigkeit aus? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar als _____ seit _____ Art der Tätigkeit Tag, Monat, Jahr durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit _____ Stunden jährliches Einkommen _____ €			
3. Beschäftigen Sie Arbeitnehmer im Rahmen Ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Geringfügig Beschäftigte: Anzahl: _____ Entgeltsumme insgesamt monatlich _____ € Beschäftigte Anzahl: _____			



Aktenzeichen:

E. Angaben zur Beschäftigung von mitarbeitenden Familienangehörigen
1. Ist Ihr Ehegatte mehr als geringfügig in Ihrem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Werden weitere mitarbeitende Familienangehörige in Ihrem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
F. Angaben zum Krankenversicherungsverhältnis
1. Wo sind Sie zurzeit krankenversichert? _____ Name der Krankenversicherung, Ort als _____ z. B. Arbeitnehmer, Beamter, Rentner
2. Falls Sie Arbeitnehmer sind, bitte angeben: wöchentliche Arbeitszeit _____ Std. monatliches Bruttoarbeitsentgelt _____ €
2.1 Handelt es sich um ein befristetes Arbeitsverhältnis? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar bis _____ Tag, Monat, Jahr
3. Beziehen Sie Renten- oder Versorgungsbezüge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Name, Anschrift der Zahlstelle
4. Wurden Sie von der Krankenversicherungspflicht befreit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Name der Krankenversicherung, Ort
G. Angaben zur Berechnung des Pflegeversicherungsbeitrages
1. Haben Sie sich von der Pflegeversicherung befreien lassen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Name der Pflegeversicherung, Ort
2. In der Pflegeversicherung wird ein Beitragszuschlag für kinderlose Mitglieder erhoben. Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis, z. B. Kopie einer Geburtsurkunde, beifügen.)
H. Angaben zur Familienversicherung
Sollen Familienangehörige in die Familienversicherung aufgenommen werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, übersenden wir Ihnen einen entsprechenden Antrag.
I. Datenübermittlung an die Finanzverwaltung
Zur steuerlichen Berücksichtigung der Kranken- und Pflegekassenbeiträge sind wir verpflichtet, diese Daten an die Finanzverwaltung zu melden. Bitte geben Sie hierzu Ihre steuerliche Identifikationsnummer (IdNr.) an. Meine steuerliche Identifikationsnummer lautet _____ steuerliche Identifikationsnummer

