



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 _____ <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <div style="text-align: center; margin-left: 100px;"><small>Tag, Monat, Jahr</small></div> <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 _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;"><small>Tag, Monat, Jahr</small></div>			
C. 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			
D. Angaben zum Krankenversicherungsverhältnis			
1. Wo sind Sie zurzeit krankenversichert? _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;"><small>Name der Krankenversicherung, Ort</small></div> als _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;"><small>z. B. Arbeitnehmer, Beamter, Rentner</small></div>			
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 _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;"><small>Tag, Monat, Jahr</small></div>			
3. Beziehen Sie Renten- oder Versorgungsbezüge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;"><small>Name, Anschrift der Zahlstelle</small></div>			
4. Wurden Sie von der Krankenversicherungspflicht befreit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;"><small>Name der Krankenversicherung, Ort</small></div>			



Aktenzeichen:

<p>5. Sind Sie außerlandwirtschaftlich selbständig tätig?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar als _____ seit _____</p> <p style="text-align: center;"><small>Art der Tätigkeit</small> <small>Tag, Monat, Jahr</small></p> <p>durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit _____ Stunden</p> <p>jährliches Einkommen _____ €</p>
<p>6. Beschäftigen Sie Arbeitnehmer im Rahmen Ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p>Geringfügig Beschäftigte: Anzahl _____ Entgeltsumme insgesamt monatlich _____ €</p> <p>Beschäftigte: Anzahl _____</p>
<p>E. Angaben zur Berechnung des Pflegeversicherungsbeitrages</p>
<p>1. Haben Sie sich von der Pflegeversicherung befreien lassen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p> <p style="text-align: center;"><small>Name der Pflegeversicherung, Ort</small></p>
<p>2. In der Pflegeversicherung wird ein Beitragszuschlag für kinderlose Mitglieder erhoben. Haben Sie Kinder?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis, z. B. Kopie einer Geburtsurkunde, beifügen.)</p>
<p>F. Angaben zur Familienversicherung</p>
<p>Sollen Familienangehörige in die Familienversicherung aufgenommen werden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Falls ja, übersenden wir Ihnen einen entsprechenden Antrag.</p>
<p>G. Datenübermittlung an die Finanzverwaltung</p>
<p>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.</p> <p>Meine steuerliche Identifikationsnummer lautet _____</p> <p style="text-align: center;"><small>steuerliche Identifikationsnummer</small></p>
<p>H. Befreiung von der Alterskasse</p>
<p>Die Befreiung von der Versicherungspflicht zur Alterskasse wird beantragt für:</p> <p>Unternehmer</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Ehegatte</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Falls ja, übersenden wir Ihnen einen entsprechenden Antrag.</p>
<p>I. Zuschuss zum Beitrag der Alterskasse</p>
<p>Im Falle der Versicherung wird ein Zuschuss zum Beitrag der Alterskasse beantragt für:</p> <p>Unternehmer</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Ehegatte</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Falls ja, übersenden wir Ihnen einen entsprechenden Antrag.</p>
<p>K. Unterschrift</p>
<p>_____</p> <p style="text-align: center;"><small>Datum</small> <small>Unterschrift</small></p>
<p>Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage www.svlfg.de unter der Rubrik Datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.</p>