



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 ☐ ledig Falls nicht ledig, seit _____ Tag, Monat, Jahr ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ 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? ☐ nein ☐ ja, und zwar seit _____ Tag, Monat, Jahr			
C. Angaben zur Beschäftigung von mitarbeitenden Familienangehörigen			
1. Ist Ihr Ehegatte mehr als geringfügig in Ihrem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt? ☐ nein ☐ ja			
2. Werden weitere mitarbeitende Familienangehörige in Ihrem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt? ☐ nein ☐ ja			
D. 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? ☐ nein ☐ ja, und zwar bis _____ Tag, Monat, Jahr			
3. Beziehen Sie Renten- oder Versorgungsbezüge? ☐ nein ☐ ja _____ Name, Anschrift der Zahlstelle			
4. Wurden Sie von der Krankenversicherungspflicht befreit? ☐ nein ☐ ja _____ Name der Krankenversicherung, Ort			
5. Sind Sie außerlandwirtschaftlich selbständig tätig? ☐ nein ☐ ja, und zwar als _____ seit _____ Art der Tätigkeit Tag, Monat, Jahr durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit _____ Stunden jährliches Einkommen _____ €			



Aktenzeichen:

6. Beschäftigen Sie Arbeitnehmer im Rahmen Ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit? ☐ nein ☐ ja Geringfügig Beschäftigte: Anzahl _____ Entgeltsumme insgesamt monatlich _____ € Beschäftigte: Anzahl _____
E. Angaben zur Berechnung des Pflegeversicherungsbeitrages
1. Haben Sie sich von der Pflegeversicherung befreien lassen? ☐ nein ☐ ja _____ Name der Pflegeversicherung, Ort
2. In der Pflegeversicherung wird ein Beitragszuschlag für kinderlose Mitglieder erhoben bzw. in Abhängigkeit der Anzahl der Kinder, welche das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ein Abschlag gewährt. Haben Sie Kinder? ☐ nein ☐ ja, _____ Kind/Kinder (Bitte je Kind einen Nachweis, z. B. Kopie einer Geburtsurkunde, beifügen.) Anzahl
F. Angaben zur Familienversicherung
Sollen Familienangehörige in die Familienversicherung aufgenommen werden? ☐ nein ☐ ja Falls ja, übersenden wir Ihnen einen entsprechenden Antrag.
G. 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
H. Befreiung von der Alterskasse
Die Befreiung von der Versicherungspflicht zur Alterskasse wird beantragt für: Unternehmer ☐ nein ☐ ja Ehegatte ☐ nein ☐ ja Falls ja, übersenden wir Ihnen einen entsprechenden Antrag.
I. Zuschuss zum Beitrag der Alterskasse
Im Falle der Versicherung wird ein Zuschuss zum Beitrag der Alterskasse beantragt für: Unternehmer ☐ nein ☐ ja Ehegatte ☐ nein ☐ ja Falls ja, übersenden wir Ihnen einen entsprechenden Antrag.
K. Unterschrift
_____ Datum
_____ Unterschrift
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 unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.