



A. Angaben zur Person

Familienstand
☐ ledig Falls nicht ledig, seit _____
 Tag, Monat, Jahr ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden
 ☐ verwitwet ☐ in eingetragener Partnerschaft lebend

Liegt eine volle Erwerbsminderung vor?

☐ nein ☐ ja, und zwar seit _____

Tag, Monat, Jahr

1. Sind Sie im Gesellschaftsunternehmen tätig?

☐ nein

☐ ja, und zwar

☐ ausschließlich ☐ teilweise; durchschnittlich _____ Stunden wöchentlich

2. Üben Sie im Gesellschaftsunternehmen eine rentenversicherungspflichtige Tätigkeit aus?

☐ nein

☐ ja, und zwar als _____

Art der Tätigkeit

Wurde ein Statusfeststellungsverfahren durchgeführt?

☐ nein ☐ ja

HU0001240V005_GES
Stand: 15.05.2023



Aktenzeichen:

E. 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
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? ☐ 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
G. 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
H. Angaben zur Familienversicherung
Sollen Familienangehörige in die Familienversicherung aufgenommen werden? ☐ nein ☐ 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



Aktenzeichen:

J. 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.
K. 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.
L. 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.