

Leistungsanspruch in der Krankenversicherung für Bauern



Name	Versicherungsnummer
------	---------------------

Bezug:

Sehr geehrte Frau!
Sehr geehrter Herr!

Um feststellen zu können, ob für Genannte(n) ein Leistungsanspruch besteht, werden Sie höflich ersucht, die auf der Rückseite angeführten Fragen zu beantworten und den ausgefüllten Fragebogen zurückzusenden.

Freundliche Grüße
Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

Bitte wenden!

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen	Versicherte(r):	Versicherungsnummer
--	-----------------	---------------------

Angaben zu versicherungsrechtlichen Feststellungen nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) Telefonnummer: _____

Folgende Daten betreffen den/die Angehörige(n):

Familiennamen (auch frühere[r] Name[n]) und Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Versicherungsnummer	
Beziehung zum Betriebsführer/zur Betriebsführerin	Personenstand	Hauptberufliche Beschäftigung im Betrieb seit	Körperliche oder geistige Behinderung des Kindes <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ (ärztliche Bestätigung/Gutachten beilegen!)		
	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgelöste eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet (seit) <input type="checkbox"/> hinterbliebener eingetragene(r) Partner/in		Bezug von erhöhter Familienbeihilfe/Pflegegeld? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ (Bestätigung beilegen!)		
Andere Beschäftigung(en) von – bis _____ Versicherungsträger		Pensions-, Rentenbezug von – bis _____		auszahlende Stelle	
Präsenzdienst/Zivildienst von – bis _____		Bezug von Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung		von – bis _____	
Daten des/der Ehepartners/in bzw. des/der eingetragenen Partners/in des/der Obengenannten				Versicherungsnummer	
Familiennamen (auch frühere[r] Name[n]) und Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Staatsbürgerschaft	
Hauptberufliche Beschäftigung im Betrieb		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; wenn ja		von _____ bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)	

SCHUL-, BERUFS-AUSBILDUNG – ERWERBSLOSIGKEIT

Befindet sich Genannte(r) in Schul(Berufs)ausbildung? Bitte Schul(Studien)bestätigung beilegen!		<input type="checkbox"/> ja, seit _____ Art und Ort der Schule
Gilt für Studenten!	Befindet sich Ihr Kind im 1. Studienabschnitt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte entsprechenden Erfolgsnachweis beilegen
	im 2. oder weiteren Studienabschnitt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab _____
	Wurde ein Studienwechsel vorgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab _____
Gilt für Kinder ab dem 18. Lebensjahr!	Wurde (wird) Familienbeihilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ Begründung:
	Befand sich Genannte(r) in Schul(Berufs)ausbildung?	bis _____ Art der Schule
Wurde (wird) (in den Ferien) eine Beschäftigung/Praxis ausgeübt?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ Dienstgeber (Name, Anschrift) Einkommen: EUR _____
Ist (war) Genannte(r) erwerbslos?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ vom _____ bis _____ voraussichtlicher Beginn der Beschäftigung am _____

LEBENSUNTERHALT

Wer stellt(e) die Mittel zur Bestreitung des überwiegenden Lebensunterhaltes zur Verfügung? (Name, Geb.Datum, Anschrift, Versicherungsnummer)		
Aufgrund welcher Verpflichtungen wird der Lebensunterhalt gewährt?	<input type="checkbox"/> (Übergabe)Vertrag <input type="checkbox"/> Pachtvertrag	<input type="checkbox"/> Leibrente <input type="checkbox"/> Sonstiges

.....
Unterschrift des/der Angehörigen Datum/Unterschrift des/der Versicherten bzw. Betriebsführers/in