

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 <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 | Hauptberufliche Beschäftigung im Betrieb seit | Körperliche oder geistige Behinderung des Kindes <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ (ärztliche Bestätigung/Gutachten beilegen!) 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- UND 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"/> Leibrente <input type="checkbox"/> Pachtvertrag <input type="checkbox"/> Sonstiges |

.....
Unterschrift des/der Angehörigen

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