



A Unternehmerdaten			
Name, Anschrift			
	OB	BG	Betriebs-Nr.

ANMELDUNG zur Krankenkasse für den Gartenbau

(als versicherungspflichtiger Familienangehöriger gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 3 KVLG '89)

B Persönliche Daten des Arbeitnehmers		
Vorname, Name	ggf. Geburtsname	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.	Geburtsort	Geburtsland
PLZ, Wohnort	Staatsangehörigkeit	Telefon (Vorwahl/Rufnummer) /
Verwandt-/Schwägerschaftsverhältnis zum Unternehmer oder dessen Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner: (z. B. Sohn, Schwager, Onkel usw./Ehegatte bzw. eingetragener Lebenspartner des Unternehmers) _____		
Familienstand: _____ ggf. Heiratsdatum bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft: _____ Elterneigenschaft ist erfüllt <input type="checkbox"/> ja, Nachweis (z. B. Geburtsurkunde) <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> liegt Ihnen bereits vor <input type="checkbox"/> nein		
Name, Vorname des Ehegatten / des eingetragenen Lebenspartners : _____ _____ Geburtsdatum: _____		
Ist der Ehegatte / eingetragene Lebenspartner berufstätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, Arbeitgeber: _____		
Familierversicherung wird beantragt? <input type="checkbox"/> für Ehegatte <input type="checkbox"/> für Kind(er)		
Rentenversicherungs-Nummer: _____ (des Beschäftigten)		
Krankenversicherten-Nummer: _____ (des Beschäftigten)		

C Angaben zur Beschäftigung
Beschäftigungsbeginn im gärtnerischen Unternehmen: _____ 200 ____
Regelmäßige Arbeitszeit - wöchentlich - _____ Stunden.
Ist die Beschäftigung befristet? <input type="checkbox"/> ja , befristet bis _____ <input type="checkbox"/> nein
Bei einem Ausbildungsverhältnis bitte eine Kopie des genehmigten Ausbildungsvertrages beifügen.
Monatliches Bruttoentgelt = _____ EUR
Name und Anschrift der bisherigen Krankenkasse: _____
Mitgliedschaftsende am: _____
Bestand bereits eine Mitgliedschaft bei der Krankenkasse für den Gartenbau bzw. einer landwirtschaftlichen Krankenkasse? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der mitarbeitende Familienangehörige am Unternehmen beteiligt (z. B. Mitunternehmer, Kapitaleinlagen, Flächen etc.)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Art der Beteiligung: _____

