

# Anlage A

## zum Antrag von

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			
Aktenzeichen/Mitgliedsnummer der LAK			
Familienstand	ggf. seit	Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer
		Telefax Vorwahl/Faxnummer	

### Meldung zur Kranken- und Pflegeversicherung

#### A. Angaben zur Person des verstorbenen Ehegatten/Elternteils (nur bei Antrag auf Hinterbliebenenleistungen)

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum	Todestag	Tag der Eheschließung
---------------------------------------	--------------	----------	-----------------------

#### B. Angaben zur Krankenversicherung des Antragstellers

1. Sind Sie krankenversichert?

nein     ja, bei der LKK in  seit

als

ja, bei der

in  seit

als

2. Welche Krankenversicherungsverhältnisse bestanden in den letzten 10 Jahren?

Diese Angaben sind nur erforderlich, wenn die Krankenversicherung zu 1 in den letzten 10 Jahren nicht dauernd bestanden hat.  
 Bitte gegebenenfalls auf gesondertem Beiblatt nach dem vorgegebenen Muster ergänzen.

vom	bis	Krankenkasse/Privatversicherung	in
vom	bis	Krankenkasse/Privatversicherung	in
vom	bis	Krankenkasse/Privatversicherung	in
vom	bis	Krankenkasse/Privatversicherung	in

3. Wurden Sie in der Vergangenheit bereits von der Krankenversicherungspflicht befreit?

nein     ja     von der Krankenversicherung der Landwirte durch die LKK in

als Arbeitnehmer wegen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze  
 als Rentner

durch die

in

4. Beantragen Sie die Befreiung von der Versicherungspflicht?

nein     ja    (Beachten Sie bitte hierzu die **Antragsfrist** und die Ausführungen im beigefügten Merkblatt)

5. Sind Sie Beamter oder sonstiger Beschäftigter mit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge im Krankheitsfall und Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Grundsätzen oder Vorschriften?  
 nein  ja

6. Sind Sie Abgeordneter des Deutschen Bundestages oder eines Landtages oder Versorgungsempfänger nach den Abgeordnetengesetzen des Bundes oder der Länder?  
 nein  ja, Abgeordneter oder Versorgungsempfänger des  
 Deutschen Bundestags  Landtages in

7. Sind Sie nach dem Krankheitsfürsorgesystem der EU (z. B. als Abgeordneter) bei Krankheit geschützt?  
 nein  ja

8. Wurden Sie von der Versicherungspflicht in der Pflegekasse befreit?  
 nein  ja, und zwar von der

**C. Angaben zur Aufgabe der Tätigkeit als Unternehmer/mitarbeitender Familienangehöriger**

Meinen Betrieb  
 habe ich abgegeben am   
 bewirtschafte ich weiter bis   
 bewirtschafte ich bis zur Feststellung der Erwerbsminderung  
 Die Beschäftigung als mitarbeitender Familienangehöriger  
 habe ich beendet am   werde ich beenden am

**D. Angaben zu Einkünften des Antragstellers**

1. Erhalten Sie eine Rente aus der Deutschen Rentenversicherung?  
 nein  ja, und zwar

1. Rente	Rentenversicherungsträger	Rentenversicherungsnummer	als Hinterbliebenenrente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. Rente	Rentenversicherungsträger	Rentenversicherungsnummer	als Hinterbliebenenrente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Weitere Rentenbezüge bitte auf einem gesonderten Blatt angeben!

2. Haben Sie eine Versicherten-/Hinterbliebenenrente aus der Deutschen Rentenversicherung beantragt?  
 nein  ja, bei

Rentenversicherungsträger	Rentenversicherungsnummer	Tag der Antragsstellung
---------------------------	---------------------------	-------------------------

3. Erhalten Sie der Rente vergleichbare Leistungen (z. B. Pension)?  
 nein  ja, und zwar

1. Leistung	Art der Leistung	als Hinterbliebenenleistung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Zahlstelle	Aktenzeichen
2. Leistung	Art der Leistung	als Hinterbliebenenleistung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Zahlstelle	Aktenzeichen

Weitere Rentenbezüge bitte auf einem gesonderten Blatt angeben!

4. Erzielen Sie Arbeitseinkommen (= Gewinn oder Verlust) aus selbständiger Tätigkeit/Gewerbebetrieb?  
 nein  ja, aus meiner Tätigkeit

als

Beginn der Tätigkeit  Höhe des Einkommens  €

**E. Angaben zur Familienversicherung**

1. Sollen Angehörige familienversichert werden?

 nein  ja

2. Sind die Personen, für die die Familienversicherung gewünscht wird, bereits als Familienangehörige bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse familienversichert?

 nein  ja

Falls für Sie ein Versicherungsverhältnis bei der LKK entsteht, erhalten Sie zwecks Erfassung der bisher hier nicht familienversicherten Angehörigen einen besonderen Vordruck

**F. Datenübermittlung an die Finanzverwaltung**

Mit dem Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung wird die steuerliche Berücksichtigung der Kranken- und Pflegekassenbeiträge verbessert. Voraussetzung für die Berücksichtigung der individuell gezahlten Beiträge ist, dass Sie der Übermittlung der jeweils im Kalenderjahr gezahlten und erstatteten Beiträge an die Finanzverwaltung durch uns bis auf Widerruf zustimmen. Willigen Sie in die Datenübermittlung ein?

 ja, bitte geben Sie Ihre Steuer-Identifikationsnummer an \_\_\_\_\_

Steuer-Identifikationsnummer

 nein (Hinweis: Vom Finanzamt wird in diesem Fall nur ein pauschaler Betrag bei den Vorsorgeaufwendungen berücksichtigt)**G. Erklärung**

Mir ist bekannt, dass

- die Mitgliedschaft aufgrund des Antrags auf Rente aus der Alterssicherung der Landwirte – vorbehaltlich einer Befreiung oder Vorrangversicherung – mit dem Tage der Antragstellung beginnt;
- eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der Altenteilerversicherung nur binnen 3 Monaten vom Rentenanspruch an möglich ist;
- ich verpflichtet bin, Änderungen im Hinblick auf die Durchführung der Krankenversicherung (z. B. Aufnahme einer Beschäftigung oder einer selbständigen Tätigkeit) unverzüglich der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu melden.

Ein Merkblatt über die Altenteilerversicherung habe ich erhalten.

Ich bestätige, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum

Aufnehmende Stelle

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Bearbeiter

Telefon

**Datenschutzklausel**

Um Sie umfassend beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen.

**Wird von der Alterskasse ausgefüllt**

Der Antrag auf  Altersrente  vorzeitige Altersrente  Rente wegen Erwerbsminderung  
 Waisenrente  Witwen-/Witwerrente  Rente wegen Todes bei Verschollenheit

wurde am  gestellt.

Datum

Unterschrift