

ANTRAG auf

- WEITERVERSICHERUNG in der Krankenversicherung
 WEITERVERSICHERUNG in der Pensionsversicherung
 nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz

Eingangsvermerk

ES GELTEN NUR JENE ANTRÄGE ALS GESTELLT, DIE MIT ANGEKREUZT SIND

Bitte beachten: Es wird empfohlen, vor dem Ausfüllen dieses Vordruckes die Merkblätter über die Weiter- bzw. Höherversicherung und Meldebestimmungen genau durchzulesen und die darin enthaltenen Hinweise zu beachten!

Daten des (der) Antragstellers(in)

			Versicherungsnummer	
Familiename, Titel		Vorname	Geschlecht	
			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Personenstand		* Bitte entsprechende Urkunden vorlegen		
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet *	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend *	<input type="checkbox"/> aufgelöste eingetragene Partnerschaft *
	<input type="checkbox"/> geschieden *	<input type="checkbox"/> hinterbliebener eingetragener Partner		
				seit _____
Wohnanschrift (Straße/Gasse/Platz/Nr. bei mehreren Wohnsitzen ist der Hauptwohnsitz anzugeben)				Telefonnummer
Postleitzahl	Wohnort		E-Mail Adresse	

Daten des Ehepartners/eingetragenen Partners bzw. der Ehepartnerin/eingetragenen Partnerin

			Versicherungsnummer		
Familiename, Titel		Vorname	Geschlecht		
			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Andere Beschäftigung(en)	von – bis	Versicherungsträger	Pensions-, Rentenbezug	von – bis	auszahlende Stelle

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Sonstige Angaben zur Weiterversicherung

Wann wurde die Erwerbstätigkeit beendet?	<input type="checkbox"/> als selbstständige(r) Betriebsführer(in) am
	<input type="checkbox"/> als beitragspflichtige(r) Angehörige(r) am
	durch <input type="checkbox"/> Übergabe <input type="checkbox"/> Verpachtung <input type="checkbox"/> Verkauf <input type="checkbox"/> Sonstiger Grund:
Wurde bereits ein Antrag auf Weiterversicherung gestellt bzw. waren Sie schon freiwillig kranken- oder pensionsversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Anstalt _____ von _____ bis _____
	Aktenzeichen _____
Beziehen oder bezogen Sie eine Pension (Rente) aus eigener Versicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Anstalt _____ Aktenzeichen _____
Wurde ein Antrag auf bedarfsorientierte Mindestsicherung gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie einen Pensionsantrag gestellt, der abgelehnt wurde oder noch nicht erledigt ist?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Anstalt _____ Aktenzeichen _____
Haben Sie bereits (außer)ordentlichen Präsenzdienst (Zivildienst) geleistet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ bis _____
Ab wann wollen Sie Beiträge zur Weiterversicherung entrichten? (gilt nur für die Pensionsversicherung)	ab _____ (Der Beginn einer Weiterversicherung in der Pensionsversicherung ist nur ab einem Monatsersten möglich)
Wie werden Sie die monatlichen Beiträge entrichten?	<input type="checkbox"/> Zahlungsanweisung
	<input type="checkbox"/> Dauerauftrag (ist bei Ihrer Bank zu erteilen)
Hinweis: Beitragszahlung mittels SEPA-Lastschrift-Mandat (Einzugsermächtigung) ist nicht möglich. Bei Änderung der Zahlungsart ist die SVB zu verständigen.	

* Ich beantrage die Herabsetzung der Beitragsgrundlage

- in der Krankenversicherung
 in der Pensionsversicherung

* Nur ankreuzen und begründen, wenn die Herabsetzung der Beitragsgrundlage gewünscht wird!

Aus den nachstehend angeführten Gründen bin ich nicht in der Lage, den Beitrag zur Weiterversicherung in der Krankenversicherung von der Höchstbeitragsgrundlage bzw. in der Pensionsversicherung von der Beitragsgrundlage zu entrichten, in der ich zuletzt pflichtversichert war und beantrage daher, die Beitragsgrundlage herabzusetzen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die Herabsetzung der Beitragsgrundlage auf die Höhe einer künftigen Pension ungünstig auswirken kann. Die Beitragsgrundlage ist bei einer Änderung meiner wirtschaftlichen Verhältnisse neu festzustellen.

Kurze Begründung:

Datum/Unterschrift des Antragstellers oder des Bevollmächtigten bzw. gesetzlichen Vertreters

Beilage: 72370 Weiterversicherung - Herabsetzung Fragebogen