

**Zusatzversorgungswerk
für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft**

- ZLF VVaG -



**Antrag
auf Auszahlung der Beiträge gemäß § 13 TV**

AZ:

1. Persönliche Daten des Antragstellers/der Antragstellerin

Name:
ggf. Geburtsname

Vorname:

Geboren am:

Telefon-Nr.:

Straße, Haus-Nummer:

PLZ, Wohnort:

2. Auf welches Bankinstitut soll der Erstattungsbetrag überwiesen werden?

IBAN (max. 32 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Name der Bank:

Name und Anschrift des Kontoinhabers (falls von Nr. 1 abweichend):

3. Wurde der Antragsteller landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG (1989) ?

ja, ab

nein

zuständige landw. Krankenkasse

Mitgliedsnummer bei der landw. Krankenkasse

Bitte fügen Sie diesem Antrag unbedingt eine **Kopie der Mitgliedsbescheinigung** der zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkasse bei, aus der hervorgeht, daß Sie landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG (1989) geworden sind !

4. Von wem wurde der Betrieb übernommen?

Name:
ggf. Geburtsname

Vorname:

Geboren am:

Telefon-Nr.:

Straße, Haus-Nummer:

PLZ, Wohnort:

5. Falls Sie Mitunternehmer in einer GbR-Gesellschaft geworden sind, geben Sie bitte Name, Geburtsdatum und Anschrift der anderen Gesellschafter bekannt:

- a) Name: Vorname: Geb.-Datum:
Straße: PLZ, Ort:
- b) Name: Vorname: Geb.-Datum:
Straße: PLZ, Ort:
- c) Name: Vorname: Geb.-Datum:
Straße: PLZ, Ort:
-

6. Bitte geben Sie sämtliche Beschäftigungsverhältnisse in der Land- und Forstwirtschaft an:

- vom bis beschäftigt als
Arbeitgeber: Anschrift:
- vom bis beschäftigt als
Arbeitgeber: Anschrift:
- vom bis beschäftigt als
Arbeitgeber: Anschrift:
- vom bis beschäftigt als
Arbeitgeber: Anschrift:
-

7. Bitte geben Sie (falls vorhanden) Ersatz- und Anrechnungszeiten (z. B. Krankheit, Schule, Arbeitslosigkeit) an:

- vom bis Grund:
vom bis Grund:
vom bis Grund:
-

8. Bitte geben Sie den Zeitraum für geleistete Bundeswehr- bzw. Zivildienstzeit an:

- vom bis
vom bis
-

Erklärung

Die vorstehenden Angaben beruhen auf Wahrheit. Falsche Angaben können eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen. Zu Unrecht gewährte Zahlungen sind zurückzuzahlen.

Der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte stimme ich ausdrücklich zu. Die hiermit angeforderten Daten sind unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes erhoben. Ihre Kenntnis ist zur Durchführung des Beitragsersatzverfahrens notwendig.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Antrag bitte zurück an:

Zusatzversorgungswerk für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft, Postfach 41 03 55, 34065 Kassel