Aktenzeichen **(bitte unbedingt angeben)**

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

34065 Kassel

Meldebogen

1. Personalien des Arbeitgebers

Betriebsnummer beim Arbeitsamt
Sollte Ihnen diese Nummer noch nicht mitgeteilt worden sein, bitten wir Sie, diese beim zuständigen Arbeitsamt zu erfragen!

Name: (ggf. Geburtsname)

Vorname: **geboren am:**

Straße und Hausnummer:

PLZ **Wohnort:**

Telefon-Nummer:

Art des Betriebes: (z.B. Landwirtschaft, Forstwirtschaft)

Nur ausfüllen, wenn Sie den Betrieb neu übernommen, bzw. abgegeben haben: (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Seit wann sind Sie Betriebsinhaber?
Seit wann haben Sie den Betrieb abgegeben?

Von wem wurde der Betrieb übernommen?/ An wen haben Sie den Betrieb abgegeben?

Name: **Vorname:**

Straße und Hausnummer: **geboren am:**

PLZ **Wohnort:**

Die Angaben zum Arbeitnehmer machen Sie bitte auf der Rückseite!

2. Personalien des Arbeitnehmers

(bitte benutzen Sie einen Meldevordruck je Arbeitnehmer oder verwenden Sie ein gesondertes Blatt)

Aktenzeichen des Arbeitnehmers
(wenn bereits bekannt)

/

Name: (ggf. Geburtsname)

Vorname:

Straße und Hausnummer:

PLZ **Wohnort:**

geboren am:

Familienstand: (zutreffendes bitte ankreuzen)

ledig ❍ verh. ❍ verw. ❍ gesch. ❍

Rentenversicherungs-Nr. (unbedingt angeben!) **Staatsangehörigkeit:**

(Angaben sind dem Versicherungsheft zu entnehmen)

Ist der Arbeitnehmer verwandt oder verschwägert mit dem Arbeitgeber? (zutreffendes bitte ankreuzen)

ja ❍ nein ❍ **wenn " ja ", wie ? (z.B. Sohn, Neffe, Mutter)**

	Tag	Monat	Jahr		Tag	Monat	Jahr
beschäftigt vom				**bis**			

Grund des Ausscheidens: ❍ **Rentenbezug** ❍ **Mutterschaft/ Elternzeit** ❍ **Schulbesuch** ❍ **Arbeitslosigkeit**

❍ **landwirtschaftlicher Unternehmer** ❍ **Kündigung**

❍ **Krankengeldbezug von .....bis .....**

danach wieder beschäftigt ❍ **ja** ❍ **nein**

❍ **Saisonende, neuer Arbeitsbeginn ab : .....**

❍ **Sonstiges: ……**

beschäftigt als: (z.B. Auszubildender, landw. Gehilfe, Hauswirtschafterin, Verwalter, usw.)

Bei welcher Krankenkasse ist der Arbeitnehmer versichert?

Kasse: **Ort:**

Falls der Arbeitnehmer ausgeschieden ist, geben Sie bitte Name und Anschrift des neuen Arbeitgebers an. Bei Neueinstellung des Arbeitnehmers machen Sie bitte Angaben zum bisherigen Arbeitgeber.

❍ **bisheriger Arbeitgeber** ❍ **zukünftiger Arbeitgeber**

Name: **Vorname:**

PLZ **Wohnort:**

Erklärung: Änderungen in den Verhältnissen, die für die Beitragserhebung wesentlich sind, werde ich dem Zusatzversorgungswerk unverzüglich mitteilen. Ausführliche Informationen und Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf unserer Internetseite unter www.zla.de/formulare.

……

Ort **Datum** **Unterschrift des Arbeitgebers**