



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)

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verh.	<input type="checkbox"/> verw.	<input type="checkbox"/> gesch.
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Rentenversicherungs-Nr. (unbedingt angeben !!)

Staatsangehörigkeit:

(Angaben sind dem Versicherungsheft zu entnehmen)

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

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

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

beschäftigt vom

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

bis

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Grund des Ausscheidens:

Rentenbezug

Krankengeldbezug

Schulbesuch

Arbeitslosigkeit

Mutterschaft

Bezug v. FELEG

Sonstiges

Hofübergabe

Grundwehrdienst von

bis

Zivildienst

von

bis

Saisonende, neuer Arbeitsbeginn ab :

Wichtig!

Bitte unbedingt ausfüllen !!

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 der Zusatzversorgungskasse unverzüglich mitteilen. Der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte stimme ich ausdrücklich zu. Die hiermit angeforderten Daten werden unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes erhoben. Ihre Kenntnis ist zur Durchführung der Beitragserhebung gemäß § 3 TV erforderlich.

.....
Ort

Datum

Unterschrift des Arbeitgebers