

bitte ausgefüllt zurücksenden an:

Aktenzeichen:
(falls bekannt)

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland
Abt. Mitgliedschaft/Beitrag

Fragebogen

Versicherungspflicht von mitarbeitenden Familienangehörigen und Auszubildenden

A. Angaben zur Person des mitarbeitenden Familienangehörigen/Auszubildenden

| | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------|--|
| Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname) | | Geburtsdatum | |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort | | | |
| Geburtsort/Geburtsland | | Staatsangehörigkeit | |
| Telefon Vorwahl/Rufnummer | | Rentenversicherungsnummer | |

In der Pflegeversicherung wird ein Beitragszuschlag für kinderlose Mitglieder erhoben. Hat der mitarbeitende Familienangehörige/Auszubildende Kinder?

- nein
 ja, ein Nachweis (z. B. Geburtsurkunde)
 ist beigefügt
 liegt der KK bereits vor

B. Angaben zum Unternehmer (Arbeitgeber)

| | |
|----------------------------------|---------------------------|
| Name, Vorname | Betriebsnummer |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort | Telefon Vorwahl/Rufnummer |

Lohnunterlagen/Meldungen zur Sozialversicherung werden

- selbst geführt
 geführt von

Name und Anschrift der Abrechnungsstelle

C. Angaben zur Beschäftigung des mitarbeitenden Familienangehörigen/Auszubildenden

| | | |
|-------------------------------------|----------------------|-------------------|
| 1. Beginn der Beschäftigung | <input type="text"/> | Tag, Monat, Jahr |
| 2. durchschnittliche Arbeitsstunden | <input type="text"/> | Stunden pro Woche |
| 3. monatliches Bruttoarbeitsentgelt | <input type="text"/> | € |

Versicherungspflicht von mitarbeitenden Familienangehörigen und Auszubildenden

C.

| | |
|--|---------------------------------------|
| 4. beschäftigt als | Berufsbezeichnung |
| 5. Ist das Beschäftigungsverhältnis zeitlich begrenzt? | |
| <input type="checkbox"/> nein | |
| <input type="checkbox"/> ja, bis | Tag, Monat, Jahr |
| 6. Handelt es sich um ein Ausbildungsverhältnis? | |
| <input type="checkbox"/> nein | |
| <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie des Ausbildungsvertrags beifügen) | |
| 7. Der mitarbeitende Familienangehörige/Auszubildende ist mein(e) | |
| <input type="checkbox"/> Ehegatte | <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter |
| <input type="checkbox"/> Vater/Mutter | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| 8. Ist der Ehegatte des mitarbeitenden Familienangehörigen/Auszubildende in demselben Unternehmen mehr als geringfügig tätig? | |
| <input type="checkbox"/> nein | |
| <input type="checkbox"/> ja, als | Art der Beschäftigung |
| 9. Ist der mitarbeitende Familienangehörige/Auszubildende am Unternehmen beteiligt (z. B. Mitunternehmer, Kapitaleinlagen, Flächen)? | |
| <input type="checkbox"/> nein | |
| <input type="checkbox"/> ja | Art der Beteiligung |

D. Sonstige Angaben zum mitarbeitenden Familienangehörigen/Auszubildenden

| | | | |
|--|---|---------------------------|--|
| 1. Bisheriger Krankenversicherungsschutz bestand | | | |
| bis | Tag, Monat, Jahr | bei | Name des Versicherungsträgers (z. B. LKK, AOK, privat) |
| als | Art der Versicherung (z. B. Familienversicherter, Arbeitnehmer) | | |
| 2. Wird neben der Beschäftigung in Ihrem Unternehmen ein weiteres Beschäftigungsverhältnis ausgeübt? | | | |
| <input type="checkbox"/> nein | | | |
| <input type="checkbox"/> ja | Name und Anschrift des Arbeitgebers | | |
| durchschnittliche Arbeitszeit | Stunden pro Woche | monatliches Bruttoentgelt | € |
| 3. Besteht Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften? | | | |
| <input type="checkbox"/> nein | | | |
| <input type="checkbox"/> ja | | | |

D.

4. Wird neben der Beschäftigung in Ihrem Unternehmen eine selbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt?

nein

ja

Art der selbständigen Erwerbstätigkeit

durchschnittliche Arbeitszeit Stunden pro Woche jährliches Einkommen €

Die höheren Einnahmen werden erzielt

aus der Beschäftigung als mitarbeitender Familienangehöriger/Auszubildender

aus der selbständigen Erwerbstätigkeit (bitte eine Kopie des letzten Einkommensteuerbescheids beifügen)

Beschäftigt er regelmäßig Arbeitnehmer?

nein

ja, wöchentlich an ca. Stunden

5. Bezieht der mitarbeitende Familienangehörige/Auszubildende eine Rente oder wurde eine Rente beantragt?

nein

ja, von

Name des Rentenversicherungsträgers

6. Bezieht der mitarbeitende Familienangehörige/Auszubildende Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente, Pension, Kapitalabfindung)?

nein

ja, von

Zahlstelle (z. B. VBL, Landesamt für Besoldung und Versorgung) Aktenzeichen

7. Sollen Familienangehörige in die Familienversicherung aufgenommen werden?

nein

ja (entsprechende Antragsformulare werden zugesandt)

E. Unterschrift

Datum

Unterschrift des Unternehmers

Datum

Unterschrift des mitarbeitenden Familienangehörigen/Auszubildenden

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.