

Absender:

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
- Versicherung Beitrag -
34105 Kassel

Aktenzeichen

Bitte bei Zuschriften angeben

Fragebogen an MiFa zur Beurteilung der SV-Pflicht (auszufüllen vom Mitarbeitenden Familienangehörigen)

Bitte alle Fragen vollständig in Druckschrift beantworten; Zutreffendes bitte ankreuzen.

A. Angaben zur Person des Mitarbeitenden Familienangehörigen (Angaben bitte ggf. berichtigen und fehlende Angaben ergänzen.)

Name		Geburtsname	
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	Geburtsort	RV-Nummer	

B. Angaben zur Person des Arbeitgebers (Angaben bitte ggf. berichtigen und fehlende Angaben ergänzen.)

Name		Geburtsname	
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Geburtsdatum	

C. Angaben zum Verwandtschafts-/Schwägerschaftsverhältnis

Mitarbeitende Familienangehörige i. S. der landwirtschaftlichen Sozialversicherung sind Verwandte bis zum dritten Grad und Verschwägte bis zum zweiten Grad sowie Pflegekinder eines landwirtschaftlichen Unternehmers oder seines Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartners. Als mitarbeitender Familienangehöriger gilt auch der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner des landwirtschaftlichen Unternehmers, wenn er mehr als geringfügig im landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt ist.

Die mitarbeitende Person ist

☐ Sohn/Tochter

☐ Vater/Mutter

☐ Ehegatte

☐ _____

im Verhältnis zum

☐ Unternehmer/Unternehmerin

☐ _____

D. Angaben zu weiteren Tätigkeiten

1. Stehen Sie neben Ihrer Tätigkeit als mitarbeitender Familienangehöriger noch in einem weiteren Beschäftigungsverhältnis?

☐

nein

☐

ja

Name und Anschrift des Arbeitgebers _____

Durchschnittliche Arbeitszeit _____

Stunden pro Woche

Bruttoentgelt monatlich _____

€

2. Üben Sie neben Ihrer Tätigkeit als mitarbeitender Familienangehöriger noch eine weitere, selbständige Tätigkeit aus?

☐

nein

☐

ja

Art der selbständigen Tätigkeit _____

Durchschnittliche Arbeitszeit _____

Stunden pro Woche

Jahreseinkommen _____

€

Die höheren Einnahmen werden erzielt:

☐

aus der Tätigkeit als mitarbeitender Familienangehöriger

☐

aus der selbständigen Tätigkeit (bitte eine Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides beifügen)

In der selbständigen Tätigkeit werden Arbeitnehmer beschäftigt

☐

nein

☐

ja

(davon geringfügig Beschäftigte _____)

E. Sonstige Angaben

1. Bisheriger Krankenversicherungsschutz bestand

bis _____

Tag, Monat, Jahr

bei _____

Name des Versicherungsträgers (z. B. AOK, privat)

als _____

Art der Versicherung (z. B. Familienversicherter, Arbeitnehmer)

2. Haben Sie Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften?

☐

nein

☐

ja

3. Beziehen Sie eine Rente oder wurde eine Rente beantragt?

☐

nein

☐

ja, von _____

Name des Rentenversicherungsträgers

4. Beziehen Sie Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente, Pension, Kapitalabfindung)?

☐

nein

☐

ja, von _____

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

Aktenzeichen _____

F. Elterneigenschaft

Berücksichtigungsfähige Kinder werden maschinell an die Pflegekasse gemeldet, vorausgesetzt sie sind bei den Finanzbehörden bekannt („digitales Verfahren“). Die Meldung ist Grundlage für mögliche Beitragsabschläge, sofern durch Sie keine Nachweise für weitere Kinder unter 25 Jahren erbracht werden.

Wichtiger Hinweis: Im digitalen Verfahren werden im Regelfall Stiefkinder vor Vollendung des 25. Lebensjahres bzw. Kinder unter 25 Jahren, die nicht in Deutschland leben, **nicht** durch die Finanzbehörden übermittelt. Für diese Kinder ist immer ein entsprechender Nachweis erforderlich.

Nachweise zu weiteren Kindern sind beigefügt:

☐ ja ☐ nein

G. Familienversicherung

In der Krankenversicherung können Familienangehörige unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei mitversichert werden. Sollen Familienangehörige in die Familienversicherung aufgenommen werden?

☐ nein ☐ ja, bitte senden Sie mir entsprechende Antragsformulare zu.

H. Erklärung des mitarbeitenden Familienangehörigen

Ich versichere, die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß und den Tatsachen entsprechend beantwortet zu haben. Ich bin darüber informiert, dass Änderungen in den Verhältnissen zu einer anderen versicherungsrechtlichen Beurteilung führen können und es deshalb erforderlich ist, solche Änderungen umgehend der LKK mitzuteilen.

I. Unterschrift

Für Rückfragen bin ich erreichbar unter der Telefonnummer: _____

_____ Datum

_____ Unterschrift

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter [SVLFG.de/datenschutz](https://svlfg.de/datenschutz) bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.