

Feststellungsbogen zur versicherungsrechtlichen Beurteilung eines Beschäftigungsverhältnisses zwischen Angehörigen außerhalb eines Anfrageverfahrens gemäß § 7 a Abs. 1 Satz 2 SGB IV

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Unternehmenssteuerung
Unternehmensbereich Informationstechnik
Ihr Ansprechpartner
Sven Abels

Rentenversicherungsnummer

Versichertennummer

Betriebsnummer

1. Angaben zur Person des mitarbeitenden Angehörigen

Name, Vorname (Rufname bitte unterstreichen)

Geburtsname

Geburtsdatum

Art der Bindung zum Arbeitgeber

Telefon (tagsüber erreichbar)*

Erlerner Beruf

2. Angaben zur ausgeübten Tätigkeit

2.1 Zeiten der Mitarbeit des Angehörigen

vom	bis	Mitarbeit/ beschäftigt als	Ort der Tätigkeit (z. B. Be- trieb, zu Hause)	Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit		Arbeitszeit			Regelmäßiges monatliches Arbeitsentgelt		
				Arbeits- tage	Stunden	festе Arbeits- zeit	nach Belie- ben	unregel- mäßig	Betrag (EUR)	brutto	netto
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Beschreibung der zur Zeit ausgeübten Tätigkeit

- 2.3 Wird die Tätigkeit aufgrund einer arbeitsvertraglichen Vereinbarung ausgeübt (ggf. bitte Kopie beifügen)? **Ja** **Nein**
- 2.4 Ist der mitarbeitende Angehörige in den Betrieb wie eine fremde Arbeitskraft eingegliedert und wird die Tätigkeit tatsächlich ausgeübt?
- 2.5 Hätte ohne die Mitarbeit des Angehörigen eine andere Arbeitskraft eingestellt werden müssen?
- 2.6 Ist der mitarbeitende Angehörige an Weisungen des Betriebsinhabers über die Ausführung der Arbeit gebunden und wird das Weisungsrecht tatsächlich ausgeübt?
- 2.7 Kann der mitarbeitende Angehörige seine Tätigkeit frei bestimmen und gestalten?
- 2.8 Wirkt der mitarbeitende Angehörige bei der Führung des Betriebes - z. B. aufgrund besonderer Fachkenntnisse - mit?
- 2.9 Ist die Mitarbeit - aufgrund familienhafter Rücksichtnahme - durch ein gleichberechtigtes Nebeneinander zum Betriebsinhaber geprägt?
- 2.10 Ist ein Urlaubsanspruch und/oder eine Kündigungsfrist vereinbart?
 Urlaubsanspruch _____ Arbeitstage Kündigungsfrist _____
- 2.11 Wird bei Arbeitsunfähigkeit das Arbeitsentgelt fortgezahlt?
 Wenn ja, mindestens 6 Wochen unter 6 Wochen

Betriebsnummer:

- | | | Ja | Nein |
|------|--|--------------------------|--------------------------|
| 2.12 | Entspricht das Arbeitsentgelt dem tariflichen bzw. dem ortsüblichen Lohn/Gehalt?
Wenn nein, Gründe: _____
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.13 | Wird das Arbeitsentgelt regelmäßig (monatlich, wöchentlich) gezahlt?
Wenn nein, Gründe: _____
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.14 | Werden sonstige Bezüge (z. B. Weihnachts-, Urlaubsgeld, Sachbezüge, Gewinnausschüttung) gewährt?
Wenn ja, in welcher Art und Höhe? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.15 | Das Arbeitsentgelt wird
<input type="checkbox"/> auf ein privates Bank-/Girokonto überwiesen, für das der mitarbeitende Angehörige verfügungsberechtigt ist.
<input type="checkbox"/> bar gegen Quittung ausgezahlt.
<input type="checkbox"/> auf folgende Art gezahlt: _____
<input type="checkbox"/> aus folgendem Grund nicht ausgezahlt: _____ | | |
| 2.16 | Wird von dem Arbeitsentgelt Lohnsteuer entrichtet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.17 | Wird das Arbeitsentgelt als Betriebsausgabe gebucht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.18 | Bestehen neben der zu beurteilenden Beschäftigung weitere Arbeitsverhältnisse?
Wenn ja, bei: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.19 | Übt der Angehörige neben der zu beurteilenden Beschäftigung eine selbstständige/freiberufliche Tätigkeit aus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Angaben zum Betrieb

- 3.1 Handelt es sich bei dem Betrieb um eine Personengesellschaft (GbR, OHG, KG) oder Kapitalgesellschaft (AG, GmbH, KG auf Aktien)? Ja Nein
Wenn ja, Rechtsform: _____
- 3.2 Ist/War der mitarbeitende Angehörige an dem Betrieb beteiligt? Ja Nein
Wenn ja, Art und Höhe: _____
- Hinweis:** Bei vor dem 03.10.1990 in den neuen Bundesländern gegründeten bzw. übernommenen Betrieben auch Beteiligungen in Form von "Bruchteilsvermögen", welches ursprünglich aus einer bis 02.10.1990 bestehenden Eigentums- und Vermögensgemeinschaft nach § 13 FGB-DDR entstanden ist.
- 3.3 Hat/Hatte der mitarbeitende Angehörige dem Betrieb/Betriebsinhaber Darlehen gewährt oder für den Betrieb/Betriebsinhaber Bürgschaften/Sicherheiten übernommen? Ja Nein
Wenn ja, Darlehen in Höhe von _____ EUR
 Bürgschaften in Höhe von _____ EUR
 Sicherheiten in Höhe von _____ EUR
- 3.4 Verfügt der Betrieb über
- Anlagevermögen (Betriebsgrundstücke, Betriebsgebäude, technische Anlagen und Maschinen, Betriebs- und Geschäftsausstattung, Beteiligungen und andere Finanzanlagen) im Alleineigentum/Miteigentum des mitarbeitenden Angehörigen? Ja Nein
 - Umlaufvermögen (Wirtschaftsgüter, die zur Veräußerung, Verarbeitung oder zum Verbrauch angeschafft oder hergestellt worden sind, insbesondere Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe, Erzeugnisse und Waren, Kassenbestände) im Alleineigentum des mitarbeitenden Angehörigen? Ja Nein
- Wenn ja, kurze Sachdarstellung: _____

Betriebsnummer:

- | | | Ja | Nein |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 3.5 | Ist/War die Betriebsstätte gepachtet, gemietet oder zur Nutzung überlassen?
Wenn ja, Name des <input type="checkbox"/> Pächters <input type="checkbox"/> Mieters <input type="checkbox"/> Nutzers: _____
Name des Verpächters <input type="checkbox"/> Vermieters <input type="checkbox"/> Überlassenden: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Falls der mitarbeitende Angehörige Verpächter/Vermieter/Überlassender ist, monatl.
<input type="checkbox"/> Pacht <input type="checkbox"/> Miete <input type="checkbox"/> Überlassungsvergütung _____ EUR | | |
| 3.6 | Liegt gemäß notarieller Vereinbarung der eheliche Güterstand der Gütergemeinschaft (§§ 1415 ff BGB) vor, oder gilt bei vor dem 03.10.1990 in den neuen Bundesländern geschlossenen Ehen der gesetzliche Güterstand der Eigentums- und Vermögensgemeinschaft (§ 13 FGB-DDR) aufgrund notariell beurkundeter Erklärung vor dem Kreisgericht weiter, und gehört der Betrieb zum <u>Gesamtgut</u> (§ 1416 BGB) der Gütergemeinschaft/gemeinschaftlichen Eigentum (§ 13 FGB-DDR) der Eigentums- und Vermögensgemeinschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.7 | Gehören das Anlage- und/oder Umlaufvermögen zum Gesamtgut/gemeinschaftlichen Eigentum und übersteigt der (geschätzte) Wert dieses gemeinschaftlichen Eigentums das 6-fache des Jahresgehalts des mitarbeitenden Ehegatten/Lebenspartners? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.8 | Tag der Eheschließung: _____ | | |

Anlagen

- Arbeitsvertrag
- Beurkundeter Ehevertrag
- Grundbuchauszug
- Nachweis über fehlenden Grundbucheintrag
- Urkunden bzw. beurkundete Vereinbarung über Alleineigentum an Betriebsgrundstücken, Betriebsgebäuden und Betriebsanlagen
- Nachweis über die eingetragene Lebenspartnerschaft
- _____

Erklärung:

Wir versichern, die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß und den Tatsachen entsprechend beantwortet zu haben. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass Änderungen in den Anstellungsverhältnissen zu einer anderen versicherungsrechtlichen Beurteilung führen können und es deshalb erforderlich ist, solche Änderungen umgehend der AOK Rheinland/Hamburg mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des mitarbeitenden Angehörigen

Ort, Datum

Unterschrift und Firmenstempel des Arbeitgebers

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Prüfung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 98 SGB X bzw. § 206 Abs. 1 SGB V erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/rh/datenschutzrechte oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland/Hamburg, Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rh.aok.de.

Die mit „**“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung und vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der AOK Rheinland/Hamburg. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.