

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



**Deutsche
Rentenversicherung**

Eingangsstempel

**Fragebogen zur Feststellung der Versicherungspflicht kraft
Gesetzes als selbständig Tätiger**

Antrag auf Versicherungspflicht als selbständig Tätiger

V0020

Hinweis: Um über die Versicherungspflicht in der Rentenversicherung entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten.

In welchem Umfang Ihre Mithilfe benötigt wird, ergibt sich aus § 196 Absatz 1 SGB VI und § 21 Absatz 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch. Danach sind Sie verpflichtet, alle für die Feststellung der Versicherungspflicht erheblichen Tatsachen anzugeben und uns die notwendigen Nachweise und Unterlagen in Kopie zu übersenden.

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

**Handschriftliche Ergänzungen bitte
in Druckschrift in schwarz oder blau**

1 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Geburtsname		frühere Namen	
Namenszusatz zum Geburtsnamen		Vorsatzworte zum Geburtsnamen	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers		
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Geburtsort		Geburtsland	
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl	Wohnort		
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Telefax (Angabe freiwillig)	



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

2 Angaben zur selbständigen Tätigkeit

2.1 Art der Tätigkeit (bitte Nachweise beifügen, zum Beispiel Gewerbeanmeldung)

selbständig tätig seit

Tag	Monat	Jahr

2.1.1 Adresse des Betriebes beziehungsweise Tätigkeitsort

Telefon, Telefax (Angabe freiwillig)

2.1.2 Beschreiben Sie bitte kurz die von Ihnen ausgeübte Tätigkeit.

2.1.3 Sind Sie oder waren Sie wegen der von Ihnen ausgeübten Tätigkeit in die Handwerksrolle eingetragen und erfüllen beziehungsweise erfüllten Sie in Ihrer Person die für die Eintragung notwendigen Voraussetzungen?

vom - bis

nein ja

Handwerkskammer

2.2 Sofern Sie Ihre Tätigkeit **ab** dem 1.1.2023 aufgenommen haben:
Übersteigt Ihr monatliches Arbeitseinkommen (Gewinn) regelmäßig 520 EUR?

nein, Angaben zu Ziffern 4 und 5 entfallen

ja, bitte weiter bei Ziffer 2.3

2.2.1 Sofern Sie Ihre Tätigkeit **vor** dem 1.1.2023 aufgenommen haben:
Bitte geben Sie Ihr regelmäßiges monatliches Arbeitseinkommen (Gewinn) an.

Zeitraum bis zum 31.12.2022:

unter 450 EUR über 450 EUR

Zeitraum ab dem 1.1.2023:

unter 520 EUR über 520 EUR

2.3 Beschäftigen Sie im Zusammenhang mit Ihrer selbständigen Tätigkeit regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer / Auszubildenden?

nein ja, bitte Nachweise über die Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer / Auszubildenden sowie über die Höhe des monatlichen Arbeitsentgelts beifügen.
Die Beantwortung der Ziffern 3.1 bis 3.9 entfällt.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

2.4 Für welche / welchen Auftraggeber sind Sie tätig? Bitte Verträge beifügen.
2.4.1 Sofern Sie für mehrere Auftraggeber tätig sind: Handelt es sich bei diesen um Konzernunternehmen oder verbundene Unternehmen?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.4.2 Sofern Sie für mehrere Auftraggeber tätig sind, die nicht Konzernunternehmen oder verbundene Unternehmen sind: Beziehen Sie auf Dauer mindestens 5/6 Ihrer gesamten Betriebseinnahmen aus diesen Tätigkeiten von einem dieser Auftraggeber?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.5 Wird Ihr Unternehmen in der Rechtsform einer Gesellschaft (zum Beispiel GmbH, KG, Partnerschaftsgesellschaft, GbR, Bürogemeinschaft oder Praxisgemeinschaft) geführt?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name der Gesellschaft _____
_____ Art der Gesellschaft (Gesellschaftsvertrag in Kopie beifügen)
_____ bei Bürogemeinschaften oder Praxisgemeinschaften: Anzahl der Partner
2.6 Erhalten Sie eine Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften, kirchenrechtlichen Regelungen oder Regelungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung wegen Erreichens der Altersgrenze?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit wann? _____
_____ von welchem Träger? Bitte Nachweise beifügen.

3 Weitere Angaben zur ausgeübten Tätigkeit

3.1 Wurde bereits durch eine Krankenkasse / einen Rentenversicherungsträger oder die Künstlersozialkasse für diese Tätigkeit festgestellt, dass Sie nicht in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis zu Ihrem Auftraggeber stehen?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Bescheid beifügen und weiter bei Ziffer 4
3.2 Beziehen Sie für diese Tätigkeit als Existenzgründer Überbrückungsgeld oder einen Gründungszuschuss von der Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) oder haben Sie eine dieser Leistungen bezogen?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Bescheid beifügen
3.3 Waren Sie vor Ihrer jetzigen Tätigkeit für Ihren / einen Ihrer Auftraggeber als Arbeitnehmer tätig?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte den Unterschied zur vorherigen Tätigkeit auf einem gesonderten Blatt beschreiben
3.4 Arbeiten Sie am Betriebssitz Ihres Auftraggebers?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.5 Haben Sie regelmäßige Arbeitszeiten und Anwesenheitszeiten einzuhalten?
bitte Anzahl der Stunden angeben
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Stunden <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

3.6 Werden Ihnen Weisungen hinsichtlich der Ausführung (Art und Weise) Ihrer Tätigkeit erteilt?

nein ja

3.7 Kann Ihr Auftraggeber Ihr Einsatzgebiet auch ohne Ihre Zustimmung verändern?

nein ja

3.8 Ist die Einstellung von Vertretern beziehungsweise Hilfskräften durch Sie von der Zustimmung Ihres Auftraggebers abhängig?

nein ja

3.9 Beschreiben Sie bitte Ihr unternehmerisches Handeln bezüglich eigenen Kapitaleinsatzes, eigener Kalkulation, Preisgestaltung, Werbung und Ablehnung von Aufträgen.

4 Monatliche Beitragshöhe

Bei bestehender Versicherungspflicht beantrage ich die Zahlung des

halben Regelbeitrags.

Der Beitragshöhe liegt hierbei ein Arbeitseinkommen in Höhe von 50 % der Bezugsgröße zugrunde. Der halbe Regelbeitrag kann bis zum Ablauf von 3 Kalenderjahren nach dem Jahr der Aufnahme der selbständigen Tätigkeit gezahlt werden.

Regelbeitrags.

Der Beitragshöhe liegt hierbei ein Arbeitseinkommen in Höhe der Bezugsgröße zugrunde.

einkommensgerechten Beitrags.

Der Beitragshöhe liegt hierbei ein Jahresarbeitseinkommen zugrunde. Näheres entnehmen Sie bitte dem Vordruck V0021.

Bitte schätzen Sie die voraussichtliche Höhe Ihres Arbeitseinkommens (Gewinn) und belegen Ihre Angabe durch geeignete Unterlagen.

Mein geschätztes Arbeitseinkommen im Kalenderjahr

--	--	--	--

 (Jahr des Beginns der

Versicherungspflicht) beträgt

EUR		Cent	
-----	--	------	--

Der Schätzung liegt der Zeitraum vom

Tag		Monat		Jahr	
-----	--	-------	--	------	--

 bis

Tag		Monat		Jahr	
-----	--	-------	--	------	--

 zugrunde (längstens bis zum 31. Dezember des Jahres des Beginns der Versicherungspflicht).

Folgende Unterlagen füge ich bei: Bescheinigung des Steuerberaters
 sonstige geeignete Unterlagen



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

5 Angaben zum Zahlungsweg

- Abbuchung vom Bankkonto
Der Rentenversicherungsträger benötigt dazu ein SEPA-Basis-Lastschriftmandat. Bitte fügen Sie den Vordruck V0005 bei.
- Überweisung
Bei jeder Überweisung bitte unbedingt angeben:
Versicherungsnummer, Vorname, Name, Art und Höhe der Beiträge, Verwendungszeitraum der Beiträge

6 Dokumentenzugang

6.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

- Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform. Meine De-Mail-Adresse lautet:

6.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

7 Erklärung

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe und die Vereinbarungen in den übersandten Verträgen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

8 Anlagen

- Vordruck V0005 (SEPA-Basis-Lastschriftmandat)

9 Hinweis

Wird der Antrag von einem Bevollmächtigten gestellt, ist eine **Vollmacht** erforderlich.

