

Versicherungsnummer	Kennzeichen
	4 8 7 9



**Deutsche Rentenversicherung Bund  
Clearingstelle für sozialversicherungsrechtliche  
Statusfragen  
10704 Berlin**

## Antrag auf Feststellung des sozialversicherungsrechtlichen Status

# V0027

**Hinweis:** Das Statusfeststellungsverfahren dient der Klärung der Frage, ob eine Beschäftigung vorliegt, die zur Versicherungspflicht in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung führt. Um über diese Frage entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IV) - 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 § 28o Absatz 2 SGB IV, § 196 Absatz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch und § 98 Absatz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch. Danach sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben und uns die notwendigen Urkunden und sonstigen Beweismittel zur Verfügung zu stellen. Weitere Informationen können Sie den Erläuterungen zum Antrag auf Feststellung des sozialversicherungsrechtlichen Status entnehmen.

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

### 1 Angaben zum Auftragnehmer

<b>1.1 Persönliche Angaben</b>			
Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Geburtsname		frühere Namen	
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 (Kreis, Land)			



Versicherungsnummer	Kennzeichen
	4 8 7 9

noch Ziffer 1.1

Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Adresszusatz		Telefax (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	
<p><b>1.2</b> Sind Sie beziehungsweise waren Sie bei einer <b>gesetzlichen</b> Krankenkasse versichert?</p> <p>bitte Namen und Anschrift der <b>gesetzlichen</b> Krankenkasse angeben, bei der Sie versichert sind beziehungsweise zuletzt versichert waren</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>		
<p><b>1.3</b> Haben Sie zur Ausübung Ihrer Tätigkeit eine Gesellschaft gegründet oder sind Sie an einer Gesellschaft beteiligt?</p> <p>bitte Namen und Gesellschaftsform (zum Beispiel GmbH, Limited, KG, Praxisgemeinschaft, Partnerschaftsgesellschaft, GbR) angeben</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Bitte Gesellschaftsvertrag in Kopie beifügen. Sofern Sie Gesellschafter-Geschäftsführer, Fremdgeschäftsführer oder mitarbeitender Gesellschafter einer GmbH oder Geschäftsführer einer Familien-GmbH sind, bitte die "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für Gesellschafter / Geschäftsführer einer GmbH" (Vordruck C0032) beifügen.</p>		
<p><b>1.4</b> Sind Sie Mitglied des Vorstandes einer Aktiengesellschaft?</p> <p>bitte Namen der Aktiengesellschaft angeben</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>		
<p><b>1.5</b> Beschäftigen Sie im Zusammenhang mit der zu beurteilenden Tätigkeit eigene Arbeitnehmer / Auszubildende?</p> <p>bitte Betriebsnummer angeben und Arbeitsverträge in Kopie beifügen</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>		
<p><b>1.6</b> Beziehen oder bezogen Sie für die zu beurteilende Tätigkeit einen Existenzgründungszuschuss oder einen Gründungszuschuss von der Agentur für Arbeit?</p> <p>bitte Zeitraum angeben und sämtliche Bescheide der Agentur für Arbeit in Kopie beifügen</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>		
<p><b>1.7</b> Sind Sie mit Ihrem Auftraggeber verheiratet, verwandt oder verschwägert oder besteht eine Eingetragene Lebenspartnerschaft oder eine sonstige Familienzugehörigkeit (siehe Erläuterungen)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bitte die "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für mitarbeitende Angehörige" (Vordruck C0033) beifügen</p>		
<p><b>1.8</b> Sind Sie für mehrere Auftraggeber tätig?</p> <p>bitte Namen und Adressen der Auftraggeber angeben</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>		



Versicherungsnummer

Kennzeichen

4 8 7 9

**1.9** Sind Sie neben dem zu beurteilenden Vertragsverhältnis selbständig tätig und stellt das Arbeitseinkommen aus dieser Tätigkeit den überwiegenden Teil Ihres Gesamteinkommens dar?

nein  ja

**1.10** Waren Sie am 31.12.1991 im Beitrittsgebiet versicherungspflichtig selbständig tätig und sind Sie nach § 20 des Gesetzes über die Sozialversicherung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit worden?

nein  ja

**1.11** Sind Sie einschließlich der zu beurteilenden Tätigkeit im Kalenderjahr mehr als 50 Arbeitstage beziehungsweise mehr als 2 Monate bis 31.12.2014, ab 1.1.2015 mehr als 70 Arbeitstage beziehungsweise mehr als 3 Monate abhängig beschäftigt oder ist bereits heute abzusehen, dass Sie dies in diesem Umfang sein werden?

nein  ja, bitte weiter bei Ziffer 1.13

**1.12** Sind Sie als Arbeitsuchender bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldet?

nein  ja

**1.13** Übersteigt das monatliche Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen aus der zu beurteilenden Tätigkeit regelmäßig 450 EUR?

nein  ja, bitte weiter bei Ziffer 1.17

**1.14** Sofern Sie Ihre zu beurteilende Tätigkeit **bis** zum 31.12.2012 aufgenommen haben: Übersteigt das monatliche Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen aus der zu beurteilenden Tätigkeit regelmäßig 400 EUR?

nein  ja, bitte weiter bei Ziffer 1.17

**1.15** Üben Sie neben der zu beurteilenden Tätigkeit weitere abhängige Beschäftigungen aus?

nein, bitte weiter bei Ziffer 1.21

ja, bitte machen Sie zu jeder weiteren Beschäftigung Angaben zur Höhe des monatlichen Arbeitsentgelts. Sofern Sie in einer der weiteren Beschäftigungen wegen Geringfügigkeit auf die Rentenversicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit verzichtet haben oder aufgrund einer geringfügig entlohnten Beschäftigung von der Rentenversicherungspflicht befreit sind, bitten wir ebenfalls um Angaben.

Angaben zu Beschäftigungen mit einem Beschäftigungsbeginn **bis** zum 31.12.2012

1. Beschäftigung  bis 400 EUR  mehr als 400 EUR  Verzicht liegt vor

2. Beschäftigung  bis 400 EUR  mehr als 400 EUR  Verzicht liegt vor

Angaben zu Beschäftigungen mit einem Beschäftigungsbeginn **ab** dem 1.1.2013

1. Beschäftigung  bis 450 EUR  mehr als 450 EUR  Befreiung liegt vor

2. Beschäftigung  bis 450 EUR  mehr als 450 EUR  Befreiung liegt vor



Versicherungsnummer

Kennzeichen

4 8 7 9

**1.16** Bitte geben Sie die Summe Ihrer Arbeitsentgelte aus der / den unter Ziffer 1.15 angegebenen Beschäftigung / Beschäftigungen und der zu beurteilenden Tätigkeit an:

- bis 400 EUR, bitte weiter bei Ziffer 1.21
- über 400 EUR und nicht mehr als 450 EUR, bitte weiter bei Ziffer 1.21
- über 450 EUR

**1.17** Wird Ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt aus der zu beurteilenden Tätigkeit und / oder weiteren abhängigen Beschäftigungen die **allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze - JAEG** - (2020: 62.550 EUR) übersteigen?

- nein  ja, machen Sie bitte Angaben seit Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit.
- 2020 wird JAEG (62.550 EUR) voraussichtlich überschritten  nein  ja
- 2019 JAEG (60.750 EUR) überschritten  nein  ja
- 2018 JAEG (59.400 EUR) überschritten  nein  ja
- 2017 JAEG (57.600 EUR) überschritten  nein  ja
- 2016 JAEG (56.250 EUR) überschritten  nein  ja

Sofern Sie die zu beurteilende Tätigkeit im Zeitraum vom 2.2.2007 bis zum 30.12.2010 aufgenommen haben, machen Sie bitte zusätzlich auf einem Extrablatt Angaben, ob Ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt in den letzten 3 Kalenderjahren vor Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hat.

**1.18** Waren Sie am 31.12.2002 wegen Überschreitens der JAEG privat krankenversichert?

- nein, bitte weiter bei Ziffer 1.20
- ja

**1.19** Wird Ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt aus der zu beurteilenden Tätigkeit und / oder weiteren abhängigen Beschäftigungen die **besondere JAEG** (2020: 56.250 EUR) übersteigen?

- nein  ja, machen Sie bitte Angaben seit Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit.
- 2020 wird JAEG (56.250 EUR) voraussichtlich überschritten  nein  ja
- 2019 JAEG (54.450 EUR) überschritten  nein  ja
- 2018 JAEG (53.100 EUR) überschritten  nein  ja
- 2017 JAEG (52.200 EUR) überschritten  nein  ja
- 2016 JAEG (50.850 EUR) überschritten  nein  ja

Sofern Sie die zu beurteilende Tätigkeit im Zeitraum vom 2.2.2007 bis zum 30.12.2010 aufgenommen haben, machen Sie bitte zusätzlich auf einem Extrablatt Angaben, ob Ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt in den letzten 3 Kalenderjahren vor Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit die besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hat.



Versicherungsnummer	Kennzeichen
	4 8 7 9

**1.20** Sind Sie im Zusammenhang mit der Änderung der JAEG oder aus sonstigen Gründen von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreit worden?

nein  ja, bitte Befreiungsbescheid in Kopie beifügen

---

**1.21** Sind Sie Schüler an einer allgemeinbildenden Schule?

nein  ja, bitte weiter bei Ziffer 2

---

**1.22** Sind Sie als ordentlich Studierender an einer Hochschule oder einer Fachschule immatrikuliert?

bitte derzeitiges Fachsemester angeben

nein  ja \_\_\_\_\_

bitte weiter bei Ziffer 1.27

---

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie das 55. Lebensjahr vollendet haben, sonst weiter bei Ziffer 1.27:

**1.23** Waren Sie in den letzten 5 Jahren vor Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, freiwillig versichert oder familienversichert?

nein  ja, bitte weiter bei Ziffer 1.26

---

**1.24** Waren Sie innerhalb dieser 5 Jahre mindestens die Hälfte der Zeit (2 Jahre und 6 Monate) krankenversicherungsfrei, von der Krankenversicherung befreit oder hauptberuflich selbständig tätig?

nein  ja, bitte weiter bei Ziffer 1.26

---

**1.25** Erfüllt Ihr Ehegatte / Lebenspartner die in Ziffer 1.24 genannten Voraussetzungen?

nein  ja

---

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie das Lebensjahr für den Anspruch auf Regelaltersrente vollendet haben:

**1.26** Waren Sie bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht versichert oder - wenn Sie versichert waren - haben Sie nach Erreichen der Regelaltersgrenze eine Beitragserstattung aus Ihrer Versicherung erhalten?

nein  ja

---

**1.27** Üben Sie neben der zu beurteilenden Tätigkeit eine Beschäftigung aus, in der nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge besteht?

nein  ja

---

<b>1.28</b> Beziehen Sie eine der nachfolgenden Leistungen?	nein	ja
Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen mit beamtenrechtlichem Beihilfeanspruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersvollrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Rentenbeginn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze nach beamtenrechtlichen Vorschriften beziehungsweise kirchenrechtlichen Regelungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Versicherungsnummer	Kennzeichen
	4 8 7 9

noch Ziffer 1.28

Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gemeinschaftsübliche Altersversorgung als satzungsmäßiges Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, als Diakonisse oder als Angehöriger einer ähnlichen Gemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2 Angaben zum Auftraggeber, zu dem das zu klärende Auftragsverhältnis besteht

<b>2.1 Angaben zum Auftraggeber</b>		
Firmenname, Name, Vorname des Inhabers		Betriebsnummer
Firmenadresse (Straße, Hausnummer)		Telefon (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Ort	Telefax (Angabe freiwillig)
<b>2.2</b> Wurde eine Betriebsprüfung durchgeführt beziehungsweise ist eine Betriebsprüfung terminiert (beachte Erläuterungen)?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Datum der Prüfung                      Prüfungszeitraum
Sozialversicherungsträger		
<b>2.3</b> Sofern der Auftragnehmer angegeben hat, dass er Mitglied des Vorstandes einer Aktiengesellschaft ist (siehe Ziffer 1.4): Sind Ihr Unternehmen und die Aktiengesellschaft, in der der Auftragnehmer Mitglied des Vorstandes ist, Konzernunternehmen im Sinne von § 18 Aktiengesetz?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

## 3 Angaben zur Tätigkeit, für die der sozialversicherungsrechtliche Status festgestellt werden soll

<b>3.1</b> Ausgeübte Tätigkeit (bitte sämtliche Verträge und Unterlagen über die Tätigkeit in Kopie beifügen)
Bezeichnung der Tätigkeit für den Auftraggeber, für den ein Statusfeststellungsverfahren durchgeführt werden soll
Beginn und gegebenenfalls Ende der Tätigkeit
<b>3.2</b> Wurde bereits durch eine Krankenkasse / einen Rentenversicherungsträger oder die Künstlersozialkasse für diese Tätigkeit ein Feststellungsverfahren eingeleitet oder eine Feststellung getroffen, dass eine selbständige Tätigkeit vorliegt beziehungsweise ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis besteht (beachte Erläuterungen)?
Datum (bitte Bescheid der Krankenkasse / des Rentenversicherungsträgers beziehungsweise der Künstlersozialkasse in Kopie beifügen)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



Versicherungsnummer	Kennzeichen
	4 8 7 9

**3.3** Wurde vor der jetzigen Tätigkeit eine abhängige Beschäftigung bei diesem Auftraggeber ausgeübt?

bitte den Unterschied zur vorherigen Tätigkeit beschreiben

nein  ja

**4 Anlagen zum Statusfeststellungsantrag**

Bitte beschreiben Sie das zu beurteilende Auftragsverhältnis auf der "Anlage zum Statusfeststellungsantrag zur Beschreibung des Auftragsverhältnisses" (Vordruck C0031).

Sind Sie Gesellschafter-Geschäftsführer, Fremdgeschäftsführer oder mitarbeitender Gesellschafter einer GmbH oder Geschäftsführer einer Familien-GmbH (siehe Ziffer 1.3), beschreiben Sie das Auftragsverhältnis bitte auf der "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für Gesellschafter / Geschäftsführer einer GmbH" (Vordruck C0032).

Sind Sie Angehöriger des Auftraggebers (siehe Ziffer 1.7), beschreiben Sie das Auftragsverhältnis bitte auf der "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für mitarbeitende Angehörige" (Vordruck C0033).

Ohne Beschreibung des zu beurteilenden Auftragsverhältnisses kann eine Statusfeststellung **nicht** erfolgen.

**5 Dokumentenzugang**

**5.1 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:

**5.2 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)



Versicherungsnummer	Kennzeichen
	4 8 7 9

## 6 Antrag / Erklärung des Auftragnehmers

Hiermit beantrage ich nach § 7a Absatz 1 SGB IV festzustellen, dass eine Beschäftigung

nicht vorliegt.  vorliegt.

Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit und die Vereinbarungen in den übersandten Verträgen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen.

Für den Fall, dass Krankenversicherungspflicht als Arbeitnehmer festgestellt wird, werde ich mich bei folgender gesetzlichen Krankenkasse versichern (Eine Krankenkassenwahl ist nur möglich, wenn in den letzten 18 Monaten keine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse bestanden hat.):

bitte Namen und Anschrift der Krankenkasse angeben

Ort, Datum

Unterschrift der Auftragnehmerin / des Auftragnehmers

## 7 Antrag / Erklärung des Auftraggebers

Hiermit beantrage ich nach § 7a Absatz 1 SGB IV festzustellen, dass eine Beschäftigung

nicht vorliegt.  vorliegt.

Ich versichere, dass die Angaben der Wahrheit und die Vereinbarungen in den übersandten Verträgen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen.

Wenn der Auftragnehmer nicht in der **gesetzlichen** Krankenversicherung versichert ist beziehungsweise war (siehe Ziffer 1.2) und von seinem Wahlrecht nach Ziffer 6 keinen Gebrauch gemacht hat, welche **gesetzliche** Krankenkasse wählen Sie als Einzugsstelle?

bitte Namen und Anschrift der Krankenkasse angeben

Ort, Datum

Unterschrift, Firmenstempel der Auftraggeberin / des Auftraggebers

## 8 Anlagen

- Anlage zum Statusfeststellungsantrag zur Beschreibung des Auftragsverhältnisses (Vordruck C0031)
- Anlage zum Statusfeststellungsantrag für Gesellschafter / Geschäftsführer einer GmbH (Vordruck C0032)
- Anlage zum Statusfeststellungsantrag für mitarbeitende Angehörige (Vordruck C0033)

Anlagen bitte in Kopie beifügen

- Arbeitsvertrag
- Unterlagen über die Tätigkeit (zum Beispiel Dienstvereinbarungen, Niederschrift mündlicher Absprachen)
- Gesellschaftsvertrag
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

