

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?

nein 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?

nein ja

2.5 Wird Ihr Unternehmen in der Rechtsform einer Gesellschaft (zum Beispiel GmbH, KG, Partnerschaftsgesellschaft, GbR, Bürogemeinschaft oder Praxismgemeinschaft) geführt?

Name der Gesellschaft

nein ja _____

Art der Gesellschaft (Gesellschaftsvertrag in Kopie beifügen)

bei Bürogemeinschaften oder Praxismgemeinschaften: Anzahl der Partner

2.6 Erhalten Sie eine Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften, kirchenrechtlichen Regelungen oder Regelungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung wegen Erreichens der Altersgrenze?

seit wann?

nein ja _____

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?

nein 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?

nein ja, bitte Bescheid beifügen

3.3 Waren Sie vor Ihrer jetzigen Tätigkeit für Ihren / einen Ihrer Auftraggeber als Arbeitnehmer tätig?

nein ja, bitte den Unterschied zur vorherigen Tätigkeit auf einem gesonderten Blatt beschreiben

3.4 Arbeiten Sie am Betriebssitz Ihres Auftraggebers?

nein ja

3.5 Haben Sie regelmäßige Arbeitszeiten und Anwesenheitszeiten einzuhalten?

bitte Anzahl der Stunden angeben

nein ja _____ Stunden täglich wöchentlich monatlich



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.6 Werden Ihnen Weisungen hinsichtlich der Ausführung (Art und Weise) Ihrer Tätigkeit erteilt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.7 Kann Ihr Auftraggeber Ihr Einsatzgebiet auch ohne Ihre Zustimmung verändern? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.8 Ist die Einstellung von Vertretern beziehungsweise Hilfskräften durch Sie von der Zustimmung Ihres Auftraggebers abhängig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/>	Abbuchung vom Bankkonto Der Rentenversicherungsträger benötigt dazu ein SEPA-Basis-Lastschriftmandat. Bitte fügen Sie den Vordruck V0005 bei.
<input type="checkbox"/>	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

<input type="checkbox"/>	Vordruck V0005 (SEPA-Basis-Lastschriftmandat)
--------------------------	---

9 Hinweis

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

