

# Fragebogen zur Feststellung der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung für Selbständige

# V023

**Hinweis:** Um über die Versicherungspflicht in der Rentenversicherung entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (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 Abs. 1 SGB VI. Danach sind Sie verpflichtet, alle für die Feststellung der Versicherungspflicht erheblichen Tatsachen anzugeben und uns die notwendigen Urkunden und sonstigen Beweismittel zur Verfügung zu stellen.

Eingangsstempel
-----------------

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

<b>1 Angaben zur Person</b>	
Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Geburtsname	Frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsort (Kreis, Land)	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort
Adresse des Betriebes bzw. Tätigkeitsort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

<b>2 Angaben zur selbständigen Tätigkeit</b>	
<b>2.1</b> Art der Tätigkeit (bitte Nachweise beifügen, z. B. Gewerbeanmeldung)	Selbständig tätig seit (Tag, Monat, Jahr)
<b>2.1.1</b> Beschreiben Sie bitte kurz die von Ihnen ausgeübte Tätigkeit	
<b>2.1.2</b> Sind Sie oder waren Sie wegen der von Ihnen ausgeübten Tätigkeit in die Handwerksrolle eingetragen? vom - bis Handwerkskammer <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>2.1.3</b> Erhalten Sie von der Bundesagentur für Arbeit einen Existenzgründungszuschuss nach § 4211 SGB III (sog. Ich-AG) oder haben Sie diesen beantragt? seit dem / beantragt am Agentur für Arbeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>2.2</b> Übersteigt Ihr monatliches Arbeitseinkommen (Gewinn) in der Zeit ab 01.04.2003 regelmäßig 400,- EUR? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sofern Sie Ihre selbständige Tätigkeit vor dem 01.04.2003 aufgenommen haben:	
<b>2.2.1</b> Überstieg Ihr monatliches Arbeitseinkommen (Gewinn) in der Zeit bis 31.03.2003 regelmäßig 325,- EUR? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>2.2.2</b> bei nein: Haben Sie Ihre Tätigkeit regelmäßig weniger als 15 Stunden wöchentlich ausgeübt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>2.3</b> Beschäftigen Sie im Zusammenhang mit Ihrer selbständigen Tätigkeit mindestens einen Arbeitnehmer / Auszubildenden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Nachweise über die Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer / Auszubildenden sowie über die Höhe des monatlichen Arbeitsentgelts beifügen (Die Beantwortung der Fragen 3.1 bis 3.9 entfällt).	

**2.4** Für welche(n) Auftraggeber sind Sie tätig? (Bitte Verträge beifügen)

---

**2.4.1** Sofern Sie für mehrere Auftraggeber tätig sind: Handelt es sich bei diesen um Kooperationspartner, Konzernunternehmen oder verbundene Unternehmen?

nein  ja

**2.4.2** Sofern Sie für mehrere Auftraggeber tätig sind, die nicht Kooperationspartner, Konzernunternehmen oder verbundene Unternehmen sind: Beziehen Sie auf Dauer mindestens fünf Sechstel Ihrer gesamten Betriebseinnahmen aus diesen Tätigkeiten von **einem** dieser Auftraggeber?

nein  ja

**2.5** Wird Ihr Unternehmen in der Rechtsform einer Gesellschaft (z. B. GmbH, KG, Partnerschaftsgesellschaft, GbR, Büro- oder Praxisgemeinschaft) geführt?

nein  ja Bitte Namen und Art der Gesellschaft angeben und Gesellschaftsvertrag in Kopie beifügen sowie bei Büro- oder Praxisgemeinschaften bitte Anzahl der Partner angeben

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

nein  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?

nein  ja (bitte Bescheid beifügen); die Beantwortung der Fragen 3.2 bis 3.9 ist nicht erforderlich.

**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 Arbeits- und Anwesenheitszeiten einzuhalten?

nein  ja Bitte Anzahl der Stunden angeben Std.  tgl.  wö.  mtl.

**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 bzw. 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 Erklärung / Anlagen**

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

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers \_\_\_\_\_

Anlagen \_\_\_\_\_