

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**Deutsche
Rentenversicherung**

Eingangsstempel

Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung für Selbständige mit einem Auftraggeber

V0050

Hinweis: Um über Ihren Antrag auf Befreiung von der 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 § 21 Absatz 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch. Danach sind Sie verpflichtet, alle für die Befreiung 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.

- Antrag auf eine** befristete Befreiung für Existenzgründer (§ 6 Absatz 1a Satz 1 Nummer 1 SGB VI) 32
- bitte Ziffern **1** bis **4** und **7** ausfüllen
- Antrag auf eine** Befreiung für Selbständige, die bei Eintritt der Versicherungspflicht das 58. Lebensjahr vollendet haben (§ 6 Absatz 1a Satz 1 Nummer 2 SGB VI) 32
- bitte Ziffern **1** bis **3** und **7** ausfüllen
- Antrag auf eine** Befreiung für Selbständige, die ihre selbständige Tätigkeit bereits am 31.12.1998 ausgeübt haben und vor dem 2.1.1949 geboren sind (§ 231 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 SGB VI) 31
- bitte Ziffern **1** bis **3** und **7** ausfüllen
- Antrag auf eine** Befreiung für Selbständige, die ihre selbständige Tätigkeit bereits am 31.12.1998 ausgeübt haben und vor dem 10.12.1998 eine anderweitige Altersvorsorge getroffen haben (§ 231 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 und 3 SGB VI) 31
- bitte Ziffern **1** bis **3**, **5** und **7** ausfüllen

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		



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

noch Ziffer 1

Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Geburtsort	Geburtsland
Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl	Wohnort
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	Telefax (Angabe freiwillig)

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 1.1.2013 aufgenommen haben:
Übersteigt Ihr monatliches Arbeitseinkommen (Gewinn) regelmäßig 450 EUR?

nein

ja, bitte weiter bei Ziffer 2.3



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

2.2.1 Sofern Sie Ihre Tätigkeit **vor** dem 1.1.2013 aufgenommen haben:
Bitte geben Sie Ihr regelmäßiges monatliches Arbeitseinkommen (Gewinn) an.

Zeitraum bis 31.12.2012:

unter 400 EUR über 400 EUR bis höchstens 450 EUR über 450 EUR

Zeitraum ab 1.1.2013:

unter 400 EUR über 400 EUR bis höchstens 450 EUR über 450 EUR

Zeitraum ab 1.1.2015:

unter 450 EUR über 450 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.

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.



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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 Arbeitszeiten und Anwesenheitszeiten einzuhalten?

Anzahl der Stunden

nein ja _____ Stunden täglich wöchentlich monatlich

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 Angaben zur Befreiung wegen Existenzgründung

4.1 Haben Sie vor der derzeitigen selbständigen Tätigkeit bereits andere selbständige Tätigkeiten aufgenommen, bei denen Sie auf Dauer und im Wesentlichen nur für einen Auftraggeber tätig waren und keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigt haben?

Zeitpunkt der Aufnahme(n)

nein ja

Art der Tätigkeit(en)



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

4.2 Soll die Befreiung bereits vor dem Ablauf von drei Jahren nach der Aufnahme der selbständigen Tätigkeit enden?
 nein ja, Ende der Befreiung: _____

5 Angaben zur bestehenden Vorsorge
 (Nur bei Befreiung wegen einer anderweitigen Altersvorsorge ausfüllen)

5.1 Haben Sie vor dem **10.12.1998** mit einem öffentlichen oder privaten Versicherungsunternehmen einen Lebensversicherungsvertrag oder Rentenversicherungsvertrag abgeschlossen?
 nein ja, bitte die Bestätigung über einen Versicherungsvertrag von Ihrem Versicherungsunternehmen ausfüllen lassen

5.2 Bestand für Sie vor dem **10.12.1998** eine Zusage für eine betriebliche Altersversorgung?
 nein ja, bitte entsprechende Nachweise beifügen

5.3 Haben Sie vor dem **10.12.1998** eine vergleichbare Form der Vorsorge betrieben, das heißt sind Sie seitdem Inhaber von Vermögenswerten oder sind Sie vertragliche Verpflichtungen zur Ansparung von Vermögen eingegangen?
 nein ja, bitte beziffern Sie nachfolgend Ihr Vermögen
 (Hinweis: Bei gemeinschaftlichem Vermögen ist der jeweilige Anteilswert anzugeben.)

Hinweise zu den berücksichtigungsfähigen Vermögenswerten entnehmen Sie bitte den Erläuterungen zu diesem Antrag.

Verkehrswert der Immobilien Belastung der Immobilien (Restschuld)

Hausvermögen und Grundvermögen _____

Sofern die Immobilien mit Schulden belastet sind:
 Erfolgt eine laufende Tilgung der Schulden? nein ja

Gesamtwert des Finanzvermögens

Finanzvermögen _____

Gesamtwert bei wiederkehrenden Leistungen der monatliche Wert

sonstige vermögenswerte Rechte _____

monatlicher Sparbetrag

auf Dauer angelegte vertragliche Vermögensbildung _____

5.4 Soll für die Prüfung, ob Ihre Aufwendungen für die Altersvorsorge dem in der gesetzlichen Rentenversicherung ansonsten zu zahlenden Beitrag entsprechen, nicht der Regelbeitrag, sondern der Ihrem Arbeitseinkommen entsprechende niedrigere Beitrag berücksichtigt werden?
 nein ja, bitte zur Bestimmung des Arbeitseinkommens den letzten Ihnen vorliegenden Einkommensteuerbescheid aus dieser Tätigkeit oder eine Bescheinigung des Steuerberaters über die voraussichtliche Höhe des Arbeitseinkommens beifügen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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 beantrage die Befreiung von der Versicherungspflicht als Selbständiger mit einem Auftraggeber ab Eintritt der Versicherungspflicht.

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



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

8 Als Anlagen sind beigefügt:

- Geburtsurkunde
(nur erforderlich bei Anträgen nach § 6 Absatz 1a Satz 1 Nummer 2 und § 231 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 SGB VI, wenn die Personenstandsdaten nicht durch die Antrag aufnehmende Stelle bestätigt sind)
- Verträge mit dem Auftraggeber
(zum Beispiel Rahmenvertrag, Projektvertrag, Dienstleistungsvertrag, Werkvertrag, Handelsvertretervertrag, Versicherungsvertretervertrag, vergleiche Frage 2.4)
- Bestätigung des Versicherungsunternehmens
(nur erforderlich bei Anträgen auf Befreiung wegen einer anderweitigen Altersvorsorge, vergleiche Frage 5.1 und 5.2)
- Belege über Vermögenswerte
(nur erforderlich bei Anträgen auf Befreiung wegen einer anderweitigen Altersvorsorge, vergleiche Frage 5.3)
- Einkommensnachweis
(nur erforderlich bei Anträgen auf Befreiung wegen einer anderweitigen Altersvorsorge, vergleiche Frage 5.4)
- sonstige Unterlagen: _____

9 Hinweis

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

10 Bestätigungsvermerk (nicht vom Antragsteller auszufüllen)

Die Angaben der Personenstandsdaten zu Ziffer 1 werden bestätigt durch:	
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> _____
Stempel	Datum, Unterschrift

