

Versicherungsnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Kennzeichen
(soweit bekannt)

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|



**Deutsche
Rentenversicherung**

Eingangsstempel

Antrag auf Beitragszahlung für eine freiwillige Versicherung

V0060

Hinweis: Um über Ihren Antrag auf Beitragszahlung entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung - 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 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz -. Danach sind Sie verpflichtet, alle für die Beitragszahlung erheblichen Tatsachen anzugeben und uns die notwendigen Urkunden und sonstigen Beweismittel zur Verfügung zu stellen.

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.

1 Angaben zur Person

| | | | |
|--------------------------|---|-------------------|--|
| Name | | Vorname (Rufname) | |
| Geburtsname | | frühere Namen | |
| Geburtsdatum | Geschlecht | | Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis) |
| | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | | |
| Geburtsort (Kreis, Land) | | | |
| Straße, Hausnummer | | | telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) |
| Postleitzahl | Wohnort | | Telefax (Angabe freiwillig) |
| | | | |

2 Beitragszahlung zur ausländischen Rentenversicherung

| | | | |
|---|-----------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| Wurden für Sie bereits Beiträge zur ausländischen Rentenversicherung gezahlt? | | | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | bis (Monat, Jahr) | ausländische Versicherungszeiten in |
| | | | |
| Anschrift des ausländischen Versicherungsträgers | | | |
| | | | |



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

3 Angaben zur Beschäftigung / Tätigkeit

3.1 Liegt für Sie seit Beginn der gewünschten freiwilligen Versicherung einer der folgenden Sachverhalte vor?

- mehr als geringfügige abhängige Beschäftigung
- geringfügig entlohnte Beschäftigung mit Verzicht auf die Versicherungsfreiheit
- geringfügig entlohnte Beschäftigung ohne Befreiung von der Versicherungspflicht
- Bezug von Krankengeld, Arbeitslosengeld oder anderen Entgeltersatzleistungen
- Erziehung eines Kindes bis zu dessen 3. Lebensjahr
- nicht erwerbsmäßige Pflege eines Pflegebedürftigen
- keiner der Sachverhalte liegt vor

Beginn (Tag, Monat, Jahr)

Beginn (Tag, Monat, Jahr)

Beginn (Tag, Monat, Jahr)

Beginn (Tag, Monat, Jahr)

Beginn (Tag, Monat, Jahr)

Beginn (Tag, Monat, Jahr)

3.2 Sind Sie seit Beginn der gewünschten freiwilligen Versicherung selbständig tätig?

- nein, bitte weiter bei Ziffer 4
Art der Tätigkeit (bitte Nachweise beifügen, z. B. Gewerbeanmeldung)
- ja

3.3 Sind Sie wegen der von Ihnen ausgeübten Tätigkeit in die Handwerksrolle eingetragen und erfüllen Sie in Ihrer Person die für die Eintragung notwendigen Voraussetzungen?

seit _____ Handwerkskammer

- nein ja _____
bitte weiter bei Ziffer 4

3.4 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 und weiter bei Ziffer 4

3.5 Sind Sie nur für **einen** Auftraggeber tätig?

- nein ja, bitte weiter bei Ziffer 4

3.6 Erhalten Sie mindestens 5/6 Ihrer gesamten Betriebseinnahmen aus Ihren Tätigkeiten von **einem** Auftraggeber?

bitte Auftraggeber angeben

- nein ja

4 Beginn und Höhe der freiwilligen Beitragszahlung

| | | | |
|---|--|------|--|
| | Monat | Jahr | |
| 4.1 Der erste freiwillige Beitrag soll gezahlt werden für | _ | _ | |
| 4.2 Die Beiträge sollen monatlich in folgender Höhe gezahlt werden | | | |
| <input type="checkbox"/> stets Höchstbeitrag | <input type="checkbox"/> stets Regelbeitrag | | |
| <input type="checkbox"/> stets Mindestbeitrag | <input type="checkbox"/> stets halber Regelbeitrag | | |
| <input type="checkbox"/> stets Beitrag von | EUR | | |



| | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| 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 (z. B. 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. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich von den Erläuterungen zum Antrag auf Beitragszahlung für eine freiwillige Versicherung Kenntnis genommen habe.

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.

