

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
	4 8 7 9

Eingangsstempel

## Antrag auf Feststellung des sozialversicherungsrechtlichen Status

# V027

**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 - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (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 § 280 Absatz 2 SGB IV, § 196 Absatz 1 des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung - und § 98 Absatz 1 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Sozialverfahren und Sozialdatenschutz -. 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.

### 1 Angaben zum Auftragnehmer

<b>1.1 Persönliche Angaben</b>		
Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname	frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
Geburtsort (Kreis, Land)		
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Telefax (Angabe freiwillig)
E-Mail (Angabe freiwillig)		
<b>1.2 Sind Sie bzw. waren Sie bei einer <u>gesetzlichen</u> Krankenkasse versichert?</b>		
bitte Namen und Anschrift der <b>gesetzlichen</b> Krankenkasse angeben, bei der Sie versichert sind bzw. zuletzt versichert waren		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<b>1.3 Haben Sie zur Ausübung Ihrer Tätigkeit eine Gesellschaft gegründet oder sind Sie an einer Gesellschaft beteiligt?</b>		
bitte Namen und Gesellschaftsform (z. B. GmbH, Limited, KG, Praxisgemeinschaft, Partnerschaftsgesellschaft, GbR) angeben		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
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.		
<b>1.4 Sind Sie Mitglied des Vorstandes einer Aktiengesellschaft?</b>		
bitte Namen der Aktiengesellschaft angeben		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

**1.5** Beschäftigen Sie im Zusammenhang mit der zu beurteilenden Tätigkeit eigene Arbeitnehmer / Auszubildende?

bitte Betriebsnummer angeben und Arbeitsverträge in Kopie beifügen

☐ nein ☐ ja

**1.6** Beziehen oder bezogen Sie für die zu beurteilende Tätigkeit einen Existenzgründungszuschuss oder einen Gründungszuschuss von der Agentur für Arbeit?

bitte Zeitraum angeben und sämtliche Bescheide der Agentur für Arbeit in Kopie beifügen

☐ nein ☐ ja

**1.7** Sind Sie mit Ihrem Auftraggeber verheiratet, verwandt oder verschwägert oder besteht eine Eingetragene Lebenspartnerschaft oder eine sonstige Familienzugehörigkeit (siehe Erläuterungen)?

☐ nein ☐ ja, bitte die "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für mitarbeitende Angehörige" (Vordruck C0033) beifügen

**1.8** Sind Sie für mehrere Auftraggeber tätig?

bitte Namen und Adressen der Auftraggeber angeben

☐ nein ☐ ja

**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 bzw. mehr als 2 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 400 EUR?

☐ nein ☐ ja, bitte weiter bei Ziffer 1.17

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

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 1.21

☐ ja, bitte für jede Beschäftigung die Höhe des monatlichen Arbeitsentgelts angeben

Arbeitsentgelt aus 1. weiterer Beschäftigung ☐ bis 400 EUR ☐ mehr als 400 EUR

Arbeitsentgelt aus 2. weiterer Beschäftigung ☐ bis 400 EUR ☐ mehr als 400 EUR

Arbeitsentgelt aus 3. weiterer Beschäftigung ☐ bis 400 EUR ☐ mehr als 400 EUR

**1.15** Haben Sie in der / den unter Ziffer 1.14 angegebenen Beschäftigung / Beschäftigungen auf die Rentenversicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit verzichtet?

☐ nein ☐ ja

**1.16** Erzielen Sie aus der / den unter Ziffer 1.14 angegebenen Beschäftigung / Beschäftigungen und der zu beurteilenden Tätigkeit zusammen mehr als 400 EUR im Monat?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 1.21

☐ ja

**1.17** Wird Ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt aus abhängiger Beschäftigung voraussichtlich die Jahresarbeitsentgeltgrenze (2010: 49.950 EUR) übersteigen?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 1.19

☐ ja

**1.18** Haben Ihre regelmäßigen Jahresarbeitsentgelte aus abhängigen Beschäftigungen in den letzten 3 Kalenderjahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze (2007: 47.700 EUR; 2008: 48.150 EUR; 2009: 48.600 EUR) durchgängig überschritten?

☐ nein ☐ ja, bitte weiter bei Ziffer 1.22

**1.19** Waren Sie am 31.12.2002 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze privat krankenversichert und bestand dieser Sachverhalt bis zur Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit unverändert fort?

☐ nein ☐ ja, bitte weiter bei Ziffer 1.22

**1.20** Sind Sie im Zusammenhang mit der Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze 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 65. Lebensjahr vollendet haben:

**1.26** Waren Sie bis zum Erreichen des 65. Lebensjahres in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht versichert oder - wenn Sie versichert waren - haben Sie nach Erreichen des 65. Lebensjahres 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

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
	4 8 7 9

1.28 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze nach beamtenrechtlichen Vorschriften bzw. kirchenrechtlichen Regelungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gemeinschaftsübliche Altersversorgung als satzungsmäßiges Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, als Diakonie oder als Angehöriger einer ähnlichen Gemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosengeld I	<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)
E-Mail (Angabe freiwillig)		
<b>2.2 Wurde eine Betriebsprüfung durchgeführt bzw. ist eine Betriebsprüfung terminiert (beachte Erläuterungen)?</b>		
Datum der Prüfung                      Prüfungszeitraum		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sozialversicherungsträger		
<b>2.3 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?</b>		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

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

<b>3.1 Ausgeübte Tätigkeit (bitte sämtliche Verträge und Unterlagen über die Tätigkeit in Kopie beifügen)</b>
Bezeichnung der Tätigkeit für den Auftraggeber, für den ein Statusfeststellungsverfahren durchgeführt werden soll
Beginn und ggf. Ende der Tätigkeit
<b>3.2 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 bzw. ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis besteht (beachte Erläuterungen)?</b>
Datum (bitte Bescheid der Krankenkasse / des Rentenversicherungsträgers bzw. der Künstlersozialkasse in Kopie beifügen)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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 Auftragverhältnis bitte auf der "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für mitarbeitende Angehörige" (Vordruck C0033).

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

**5 Dokumentenzugang 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

☐

als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)

☐

in Braille (Kurzschrift)

☐

als Hörmedium (Kassette)

☐

in Braille (Vollschrift)

☐

als Hörmedium (CD-DAISY Format)

**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

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
	4 8 7 9

## 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 bzw. 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 (z. B. Dienstvereinbarungen, Niederschrift mündlicher Absprachen)

☐ Gesellschaftsvertrag

☐
☐

**Urschriftlich**

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