



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 2 Angaben zur selbständigen Tätigkeit

2.1 Waren Sie bereits früher in die Handwerksrolle eingetragen?

vom - bis

nein  ja

Handwerkskammer

2.2 selbständig tätig in Deutschland seit

Tag Monat Jahr

2.2.1 Adresse des Betriebes

Telefon, Telefax des Betriebes (Angabe freiwillig)

2.3 Sind Sie neben Ihrer Tätigkeit in Deutschland noch in einem anderen EU / EWR-Staat oder in der Schweiz selbständig tätig oder abhängig beschäftigt?

nein  ja, falls Ihnen der ausländische Sozialversicherungsträger eine Bescheinigung A1 oder E101 ausgestellt hat, bitten wir Sie, diese zu übersenden.

## 3 Rentenversicherungsfreiheit / Befreiung von der Rentenversicherungspflicht

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

seit wann?

nein  ja

von welchem Träger? Bitte Nachweise beifügen.

3.2 Sind Sie vor dem 1.1.1992 von der Rentenversicherungspflicht **befreit** worden?

seit wann?

nein  ja

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer / Aktenzeichen

3.3 Angaben zur geringfügigen selbständigen Tätigkeit

3.3.1 Sofern Sie Ihre selbständige Tätigkeit **ab** dem 1.1.2026 aufgenommen haben:

Übersteigt Ihr geschätztes monatliches Arbeitseinkommen (Gewinn) **ab** Aufnahme Ihrer selbständigen Tätigkeit regelmäßig 603 EUR?

nein, bitte weiter bei Ziffer 6  ja, bitte weiter bei Ziffer 3.4



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

**3.3.2** Sofern Sie Ihre Tätigkeit **vor** dem 1.1.2026 aufgenommen haben:  
 Bitte machen Sie durchgehend Angaben, ob Ihr geschätztes monatliches Arbeitseinkommen (Gewinn) ab Aufnahme der selbständigen Tätigkeit die maßgebende Geringfügigkeitsgrenze (bis 31.12.2022: 450 EUR, vom 1.1.2023 bis 31.12.2023: 520 EUR, vom 1.1.2024 bis 31.12.2024: 538 EUR, vom 1.1.2025 bis 31.12.2025: 556 EUR, ab 1.1.2026: 603 EUR) übersteigt.

Zeitraum vom - bis	maßgebende Geringfügigkeitsgrenze		
_____	<input type="checkbox"/> nicht überschritten	<input type="checkbox"/> überschritten	
_____	<input type="checkbox"/> nicht überschritten	<input type="checkbox"/> überschritten	
_____	<input type="checkbox"/> nicht überschritten	<input type="checkbox"/> überschritten	

**3.4** Beantragen Sie die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht, weil für Sie mindestens 18 Jahre Pflichtbeiträge gezahlt worden sind?

nein     ja, bitte weiter bei Ziffer 6

**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 zu Grunde.

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 zu Grunde.

**einkommensgerechten Beitrags.** Der Beitragshöhe liegt hierbei ein Jahresarbeitseinkommen zu Grunde. Näheres entnehmen Sie bitte dem Vordruck V0015.

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 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.

\_\_\_\_\_  
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.

