

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)



**Deutsche  
Rentenversicherung**

Eingangsstempel

**Fragebogen zur Feststellung der Versicherungspflicht  
von Gewerbetreibenden in Handwerksbetrieben**

**V0010**

**Hinweis:** Um über die 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 § 196 Absatz 1 SGB VI. Danach sind Sie verpflichtet, alle für die Feststellung der Versicherungspflicht 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](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

**Handschriftliche Ergänzungen bitte  
in Druckschrift in schwarz oder blau**

**1 Angaben zur Person**

Name		Vorname	
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		
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Geburtsort		Geburtsland	
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl	Wohnort		
Telefon		Telefax	



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 2 Angaben zur selbständigen Tätigkeit

Sofern Sie neben Ihrer selbständigen Tätigkeit in Deutschland auch eine selbständige Tätigkeit oder abhängige Beschäftigung in einem anderen EU-Staat oder der Schweiz ausüben, teilen Sie uns dies bitte mit, damit wir prüfen können, welche Rechtsvorschriften für Sie gelten. Falls Ihnen der ausländische Sozialversicherungsträger eine Bescheinigung A1 oder E101 ausgestellt hat, bitten wir Sie, diese zu übersenden.

### 2.1 Waren Sie bereits früher in die Handwerksrolle eingetragen?

vom - bis

nein  ja

Handwerkskammer

### 2.2 selbständig tätig seit

Tag Monat Jahr

#### 2.2.1 Adresse des Betriebes

Telefon, Telefax des Betriebes (Angabe freiwillig)

## 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 1.1.2025 aufgenommen haben:

Übersteigt Ihr geschätztes monatliches Arbeitseinkommen (Gewinn) **ab** Aufnahme Ihrer selbständigen Tätigkeit regelmäßig 556 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 1.1.2025 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, ab 1.1.2025: 556 EUR) übersteigt.

Zeitraum vom - bis

maßgebende Geringfügigkeitsgrenze

\_\_\_\_\_

nicht überschritten

überschritten

\_\_\_\_\_

nicht überschritten

überschritten

\_\_\_\_\_

nicht überschritten

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.

