

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 Sozialgesetzbuch 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 Beitragszahlung 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 (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		
Sind Sie ab dem Zeitpunkt des von Ihnen gewünschten Beginns der freiwilligen Beitragszahlung (unter Ziffer 4.1 anzugeben) Staatsangehörige/Staatsangehöriger eines Mitgliedstaats der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) oder der Schweiz?			
<input type="checkbox"/> nein, bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Aufenthaltstitels bei <input type="checkbox"/> ja			
Staatsangehörigkeit zum Zeitpunkt des gewünschten Beginns der freiwilligen Beitragszahlung			
Geburtsort		Geburtsland	
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl	Wohnort		
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Telefax (Angabe freiwillig)	



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 2 Beitragszahlung zur ausländischen Rentenversicherung

Wurden für Sie bereits Beiträge zur ausländischen Rentenversicherung gezahlt?

nein  ja, bis 

Monat	Jahr
_	_

  
ausländische Versicherungszeiten in

\_\_\_\_\_  
Anschrift des ausländischen Versicherungsträgers

## 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

Beginn (Tag, Monat, Jahr)

geringfügig entlohnte Beschäftigung mit Verzicht auf die Versicherungsfreiheit

Beginn (Tag, Monat, Jahr)

geringfügig entlohnte Beschäftigung ohne Befreiung von der Versicherungspflicht

Beginn (Tag, Monat, Jahr)

Bezug von Krankengeld, Arbeitslosengeld oder anderen Entgeltersatzleistungen

Beginn (Tag, Monat, Jahr)

Erziehung eines Kindes bis zu dessen 3. Lebensjahr

Beginn (Tag, Monat, Jahr)

nicht erwerbsmäßige Pflege eines Pflegebedürftigen

Beginn (Tag, Monat, Jahr)

keiner der Sachverhalte liegt vor

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 4

\_\_\_\_\_  
Art der Tätigkeit (bitte Nachweise beifügen, zum Beispiel Gewerbeanmeldung)

ja, als \_\_\_\_\_

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

nein  ja

\_\_\_\_\_  
Handwerkskammer

\_\_\_\_\_  
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



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**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

**4.1** Der erste freiwillige Beitrag soll gezahlt werden für

Monat	Jahr

**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 statischer Beitrag von _____ EUR	<input type="checkbox"/> stets dynamischer Beitrag von _____ EUR

#### 5 Angaben zum Zahlungsweg

Abbuchung vom Bankkonto  
Der Rentenversicherungsträger benötigt dazu ein SEPA-Basis-Lastschriftmandat. Bitte fügen Sie den Vordruck V0005 bei.

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 (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)



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 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

Vordruck V0005 (SEPA-Basis-Lastschriftmandat)

## 9 Hinweis

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

