



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 § 28o Absatz 2 SGB IV, § 196 Absatz 1 des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung - und § 98 Absatz 1 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Sozialverwaltungsverfahren 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

1.1 Persönliche Angaben		
Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
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)
E-Mail (Angabe freiwillig)		
1.2 Sind Sie bzw. waren Sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert?		
bitte Namen und Anschrift der gesetzlichen Krankenkasse angeben, bei der Sie versichert sind bzw. zuletzt versichert waren		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
1.3 Haben Sie zur Ausübung Ihrer Tätigkeit eine Gesellschaft gegründet oder sind Sie an einer Gesellschaft beteiligt?		
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.		
1.4 Sind Sie Mitglied des Vorstandes einer Aktiengesellschaft?		
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 Diakonisse 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

2.1 Angaben zum Auftraggeber		
Firmenname, Name, Vorname des Inhabers		Betriebsnummer
Firmenadresse (Straße, Hausnummer)		Telefon (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Ort	Telefax (Angabe freiwillig)
E-Mail (Angabe freiwillig)		
2.2 Wurde eine Betriebsprüfung durchgeführt bzw. ist eine Betriebsprüfung terminiert (beachte Erläuterungen)?		
Datum der Prüfung		Prüfungszeitraum
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Sozialversicherungsträger
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?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

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

3.1 Ausgeübte Tätigkeit (bitte sämtliche Verträge und Unterlagen über die Tätigkeit in Kopie beifügen)	
Bezeichnung der Tätigkeit für den Auftraggeber, für den ein Statusfeststellungsverfahren durchgeführt werden soll	
Beginn und ggf. Ende der Tätigkeit	
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)?	
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

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**