

Antrag auf Beitragszahlung für eine freiwillige Versicherung

Hinweis: Um über Ihren Antrag auf Beitragszahlung entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (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 § 21 Abs. 2 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) -. Danach sind Sie verpflichtet, alle für die Beitragszahlung erheblichen Tatsachen anzugeben und uns die notwendigen Urkunden und sonstigen Beweismittel zur Verfügung zu stellen.

Eingangsstempel

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



1 Angaben zur Person	
Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Geburtsname	Frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsort (Kreis, Land)	
Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Straße, Hausnummer	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

2 Beitragsleistung zur ausländischen Rentenversicherung					
Wurden für Sie bereits Beiträge zur ausländischen Rentenversicherung gezahlt?					
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bis zum				
	<table border="1"> <tr> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Monat	Jahr		
Monat	Jahr				
	Ausländische Versicherungszeiten in				

3 Angaben zur Beschäftigung / Tätigkeit							
Sind Sie in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungsfrei oder sind Sie von der Versicherungspflicht befreit?							
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja						
	seit von Versicherungsträger, Aktenzeichen						
Liegt für Sie seit Beginn der gewünschten freiwilligen Versicherung einer der folgenden Sachverhalte vor?							
<input type="checkbox"/> Abhängige Beschäftigung mit einem monatlichen Arbeitsentgelt von regelmäßig über 400,- EUR	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
<input type="checkbox"/> Geringfügige Beschäftigung mit Verzicht auf die Versicherungsfreiheit	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
<input type="checkbox"/> Bezug von Krankengeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder anderen Sozialleistungen	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
<input type="checkbox"/> Erziehung eines Kindes bis zu dessen 3. Lebensjahr	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
<input type="checkbox"/> Nicht erwerbsmäßige Pflege eines Pflegebedürftigen	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
<input type="checkbox"/> Keiner der Sachverhalte liegt vor							

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Sind Sie seit Beginn der gewünschten freiwilligen Versicherung selbständig tätig?

nein ja

Sofern Sie **selbständig** tätig sind:

Art der Tätigkeit _____

Sind Sie wegen der von Ihnen ausgeübten Tätigkeit in die Handwerksrolle eingetragen und erfüllen Sie in Ihrer Person die für die Eintragung notwendigen Voraussetzungen?

nein ja seit _____ Handwerkskammer _____

Beschäftigen Sie im Zusammenhang mit Ihrer selbständigen Tätigkeit regelmäßig versicherungspflichtige Arbeitnehmer / Auszubildende mit einem monatlichen Arbeitsentgelt von mehr als 400,- EUR?

nein ja

Sind Sie nur für **einen** Auftraggeber tätig?

nein ja

Sofern Sie für mehrere Auftraggeber tätig sind: Erhalten Sie mindestens fünf Sechstel Ihrer gesamten Betriebseinnahmen aus diesen Tätigkeiten von **einem** dieser Auftraggeber?

Wenn ja: Bitte Auftraggeber angeben

nein ja

4 Angaben zur freiwilligen Beitragszahlung

Der erste freiwillige Beitrag soll gezahlt werden für	Monat	Jahr
---	-------	------

Die Beiträge sollen monatlich in folgender Höhe gezahlt werden

stets Höchstbeitrag stets Regelbeitrag

stets Mindestbeitrag stets halber Regelbeitrag stets Beitrag von _____ EUR

5 Angaben zum Zahlungsweg

Abbuchung vom Bankkonto

Hiermit wird der Rentenversicherungsträger widerruflich ermächtigt, die Beiträge zur Rentenversicherung zu Lasten des aufgeführten Kontos einzuziehen.

Unterschrift des Kontoinhabers _____

Bankleitzahl	Kontonummer	Geldinstitut mit Ortsangabe
--------------	-------------	-----------------------------

Das Konto wird geführt unter dem Namen des Versicherten des Bevollmächtigten einer sonstigen Person / Firma

Name, Anschrift des Kontoinhabers bei einer sonstigen Person / Firma _____

Überweisung Bei jeder Überweisung bitte unbedingt angeben:
Versicherungsnummer, Vorname, Familienname, Art und Höhe der Beiträge,
Verwendungszeitraum der Beiträge

6 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Als Anlagen sind beigefügt:

7 Hinweise

Wird der Antrag von einem Bevollmächtigten gestellt, ist eine **Vollmacht** erforderlich.
Bei Aufenthalt des Versicherten im Ausland: Bitte Staatsangehörigkeitsnachweis einsenden.