Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer

V027

Antrag auf Feststellung des sozialversicherungsrechtlichen Status

Hinweis: Das Statusfeststellungsverfahren dient der Klärung der Frage, ob ein Auftragnehmer seine Tätigkeit für einen Auftraggeber im Einzelfall selbständig oder im Rahmen eines sozialversicherungspflichtigen abhängigen Beschäftigungsverhältnisses ausübt.
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 Abs. 2 SGB IV, § 196 Abs. 1 SGB VI und § 98 Abs. 1 SGB X. 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.

Eingangsstempel

1 Angaben zur Person des Auftragnehmers und zur letzten Beitragszahlung

1.1

Name, Vorname, ggf. Geburtsname (Rufname bitte unterstreichen)		Geburtsdatum
Frühere Namen	Geburtsort (Kreis, Land)	
Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich	Telefonisch tagsüber zu erreichen
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		Telefax

1.2 Wurden für Sie bereits Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?

☐ nein ☐ ja, letzter Beitrag wurde gezahlt für — Monat Jahr

1.3 Bei welcher Krankenkasse sind Sie zurzeit versichert?

Bitte Namen und Anschrift der Krankenkasse angeben

1.4 Sofern Sie zurzeit **nicht** gesetzlich krankenversichert sind: Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse hat **zuletzt** eine Krankenversicherung bestanden?

Bitte Namen und Anschrift der Krankenkasse angeben

2 Angaben zur Tätigkeit des Auftragnehmers, für die der sozialversicherungsrechtliche Status festgestellt werden soll

2.1 Ausgeübte Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit für den Auftraggeber, für den ein Statusfeststellungsverfahren durchgeführt werden soll	Beginn

2.2 Beschreiben Sie bitte die von Ihnen ausgeübte Tätigkeit.

2.3 Für welche Auftraggeber sind Sie tätig?

Bitte Namen, Adressen der Auftraggeber angeben, den Auftraggeber unterstreichen, für den ein Statusfeststellungsverfahren durchgeführt werden soll, und die aktuellen Verträge beifügen

2.4 Handelt es sich bei einem Auftraggeber um einen Angehörigen von Ihnen: Ehegattin / Ehegatte, Verlobte / Verlobter, Lebenspartnerin / Lebenspartner, Lebensgefährtin / Lebensgefährte, geschiedene Ehegattin / geschiedener Ehegatte, Verwandte / Verwandter, Verschwägerte / Verschwägerter, sonstige Familienangehörige?

Wenn ja: Bitte Beziehung und Auftraggeber angeben.

☐ nein ☐ ja

2.5 Sofern Sie für mehrere Auftraggeber tätig sind: Erhalten Sie mindestens fünf Sechstel Ihrer gesamten Einkünfte aus dieser Tätigkeit von **einem** dieser Auftraggeber?

Wenn ja: Bitte Auftraggeber angeben.

☐ nein ☐ ja

2.6 Wurde bereits durch eine Krankenkasse / einen Rentenversicherungsträger oder die Künstlersozialkasse für diese Tätigkeit festgestellt, dass Sie selbständig sind bzw. in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis zu Ihrem Auftraggeber stehen?

☐ nein ☐ ja Bitte Bescheid der Krankenkasse / des Rentenversicherungsträgers bzw. der Künstlersozialkasse beifügen.

2.7 Beziehen Sie für diese Tätigkeit Überbrückungsgeld / einen **Existenzgründungszuschuss** von der Agentur für Arbeit oder haben Sie dieses / diesen bezogen?

☐ nein ☐ ja Bitte Bescheid der Agentur für Arbeit beifügen und ggf. Ende des Bezuges angeben. — Ende

bitte wenden

Versicherungsnummer

2.8 Waren Sie vor Ihrer jetzigen Tätigkeit für einen der unter Ziffer 2.3 angegebenen Auftraggeber als Arbeitnehmer tätig?

☐ nein ☐ ja Bitte den Unterschied zur vorherigen Tätigkeit auf einem gesonderten Blatt beschreiben.

2.9 Wird Ihr Unternehmen in der Rechtsform einer Gesellschaft (z. B. GmbH, Limited, KG, Praxisgemeinschaft, Partnerschaftsgesellschaft, GbR) geführt?

Wenn ja: Bitte Namen und Art der Gesellschaft angeben und Gesellschaftsvertrag in Kopie beifügen.

☐ nein ☐ ja

2.10 Beschäftigen Sie mindestens einen Arbeitnehmer / Auszubildenden mit einem monatlichen Arbeitsentgelt von mehr als 400,- EUR?

☐ nein ☐ ja

3 Grundlagen und Ausgestaltung der Tätigkeit des Auftragnehmers

3.1 Arbeiten Sie am Betriebssitz Ihres Auftraggebers?

☐ nein ☐ ja

3.2 Haben Sie regelmäßige Arbeits- oder Anwesenheitszeiten einzuhalten?

Wenn ja: Bitte Anzahl der Stunden angeben.

☐ nein ☐ ja Std. ☐ tgl. ☐ wö. ☐ mtl.

3.3 Werden Ihnen Weisungen hinsichtlich der Ausführung (Art und Weise) Ihrer Tätigkeit erteilt?

☐ nein ☐ ja

3.4 Kann Ihr Auftraggeber Ihr Einsatzgebiet auch ohne Ihre Zustimmung verändern?

☐ nein ☐ ja

3.5 Ist die Einstellung von Vertretern bzw. Hilfskräften durch Sie von der Zustimmung Ihres Auftraggebers abhängig?

☐ nein ☐ ja

3.6 Beschreiben Sie bitte Ihr unternehmerisches Handeln bezüglich eigenen Kapitaleinsatzes, eigener Kalkulation, Preisgestaltung, Werbung und Ablehnung von Aufträgen.

4 Antrag / Erklärung des Auftragnehmers

Hiermit beantrage ich nach § 7a Abs. 1 SGB IV festzustellen, dass ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis nach § 7 Abs. 1 SGB IV ☐ nicht vorliegt ☐ vorliegt

Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit und die Vereinbarungen in den übersandten Verträgen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen.

Für den Fall, dass Krankenversicherungspflicht als Arbeitnehmer festgestellt wird, wähle ich folgende gesetzl. Krankenkasse:

Bitte Namen und Anschrift der Krankenkasse angeben

(Eine Krankenkassenwahl ist nur möglich, wenn in den letzten 18 Monaten keine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse bestanden hat.)

Ort, Datum

Unterschrift der Auftragnehmerin / des Auftragnehmers

5 Antrag / Erklärung des Auftraggebers

Hiermit beantrage ich nach § 7a Abs. 1 SGB IV festzustellen, dass ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis nach § 7 Abs. 1 SGB IV ☐ 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 krankenversicherungspflichtig ist und keine letzte Krankenkasse vorhanden ist:

Welche gesetzliche Krankenkasse wählen Sie als Einzugsstelle?

Bitte Namen und Anschrift der Krankenkasse angeben

Ort, Datum

Betriebs-Nr. der Auftraggeberin / des Auftraggebers

Unterschrift, Firmenstempel der Auftraggeberin / des Auftraggebers

Anlagen