Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	Eingangsstempel

Antrag auf Beitragszahlung für eine freiwillige Versicherung

V060

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

1 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)
Geburtsname		frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
Geburtsort (Kreis, Land)		
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Telefax (Angabe freiwillig)
E-Mail (Angabe freiwillig)		

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

V0060 PDF
V017 - 21.05.2014 - 19

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

3 Angaben zur Beschäftigung / Tätigkeit

3.1 Liegt für Sie seit Beginn der gewünschten freiwilligen Versicherung einer der folgenden Sachverhalte vor?

	Beginn (Tag, Monat, Jahr)
☐ mehr als geringfügige abhängige Beschäftigung	
☐ geringfügig entlohnte Beschäftigung mit Verzicht auf die Versicherungsfreiheit	
☐ geringfügig entlohnte Beschäftigung ohne Befreiung von der Versicherungspflicht	
☐ Bezug von Krankengeld, Arbeitslosengeld oder anderen Entgeltersatzleistungen	
☐ Erziehung eines Kindes bis zu dessen 3. Lebensjahr	
☐ nicht erwerbsmäßige Pflege eines Pflegebedürftigen	
☐ 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, z. B. Gewerbeanmeldung)

☐ ja

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 Handwerkskammer

☐ nein ☐ ja _____

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

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

☐ stets Höchstbeitrag ☐ stets Regelbeitrag

☐ stets Mindestbeitrag ☐ stets halber Regelbeitrag

☐ stets Beitrag von EUR

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

5 Zahlungsweg

☐ Abbuchung vom Bankkonto

Der Rentenversicherungsträger benötigt dazu ein SEPA-Basis-Lastschriftmandat. Bitte fügen Sie den Vordruck V005 bei.

☐ 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 (z. B. 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. 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 V005 (SEPA-Basis-Lastschriftmandat)