

Versicherungsnummer	Kennzeichen
	4 8 7 9

Eingangsstempel

Antrag auf Feststellung des sozialversicherungsrechtlichen Status

V0027

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 § 280 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		Vorname (Rufname)
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.		



Versicherungsnummer

Kennzeichen

4 8 7 9

1.15 Üben Sie neben der zu beurteilenden Tätigkeit weitere abhängige Beschäftigungen aus?

nein, bitte weiter bei Ziffer 1.21

ja, bitte machen Sie zu jeder weiteren Beschäftigung Angaben zur Höhe des monatlichen Arbeitsentgelts. Sofern Sie in einer der weiteren Beschäftigungen wegen Geringfügigkeit auf die Rentenversicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit verzichtet haben oder aufgrund einer geringfügig entlohnten Beschäftigung von der Rentenversicherungspflicht befreit sind, bitten wir ebenfalls um Angaben.

Angaben zu Beschäftigungen mit einem Beschäftigungsbeginn **bis** zum 31.12.2012

1. Beschäftigung bis 400 EUR mehr als 400 EUR Verzicht liegt vor

2. Beschäftigung bis 400 EUR mehr als 400 EUR Verzicht liegt vor

Angaben zu Beschäftigungen mit einem Beschäftigungsbeginn **ab** dem 1.1.2013

1. Beschäftigung bis 450 EUR mehr als 450 EUR Befreiung liegt vor

2. Beschäftigung bis 450 EUR mehr als 450 EUR Befreiung liegt vor

1.16 Bitte geben Sie die Summe Ihrer Arbeitsentgelte aus der / den unter Ziffer 1.15 angegebenen Beschäftigung / Beschäftigungen und der zu beurteilenden Tätigkeit an:

bis 400 EUR, bitte weiter bei Ziffer 1.21

über 400 EUR und nicht mehr als 450 EUR, bitte weiter bei Ziffer 1.21

über 450 EUR

1.17 Wird Ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt aus der zu beurteilenden Tätigkeit und / oder weiteren abhängigen Beschäftigungen die **allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze - JAEG** - (2017: 57.600 EUR) übersteigen?

nein ja, machen Sie bitte Angaben seit Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit.

2017 wird JAEG (57.600 EUR) voraussichtlich überschritten nein ja

2016 JAEG (56.250 EUR) überschritten nein ja

2015 JAEG (54.900 EUR) überschritten nein ja

2014 JAEG (53.550 EUR) überschritten nein ja

2013 JAEG (52.200 EUR) überschritten nein ja

Sofern Sie die zu beurteilende Tätigkeit im Zeitraum vom 2.2.2007 bis zum 30.12.2010 aufgenommen haben, machen Sie bitte zusätzlich auf einem Extrablatt Angaben, ob Ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt in den letzten 3 Kalenderjahren vor Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hat.

1.18 Waren Sie am 31.12.2002 wegen Überschreitens der JAEG privat krankenversichert?

nein, bitte weiter bei Ziffer 1.20

ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen

4 8 7 9

1.19 Wird Ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt aus der zu beurteilenden Tätigkeit und / oder weiteren abhängigen Beschäftigungen die **besondere JAEG** (2017: 52.200 EUR) übersteigen?

nein ja, machen Sie bitte Angaben seit Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit.

2017 wird JAEG (52.200 EUR) voraussichtlich überschritten nein ja

2016 JAEG (50.850 EUR) überschritten nein ja

2015 JAEG (49.500 EUR) überschritten nein ja

2014 JAEG (48.600 EUR) überschritten nein ja

2013 JAEG (47.250 EUR) überschritten nein ja

Sofern Sie die zu beurteilende Tätigkeit im Zeitraum vom 2.2.2007 bis zum 30.12.2010 aufgenommen haben, machen Sie bitte zusätzlich auf einem Extrablatt Angaben, ob Ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt in den letzten 3 Kalenderjahren vor Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit die besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hat.

1.20 Sind Sie im Zusammenhang mit der Änderung der JAEG 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 Lebensjahr für den Anspruch auf Regelaltersrente vollendet haben:

1.26 Waren Sie bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht versichert oder - wenn Sie versichert waren - haben Sie nach Erreichen der Regelaltersgrenze 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
	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, Rentenbeginn:	<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	<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)?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Datum der Prüfung Prüfungszeitraum
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
4 8 7 9

3.3 Wurde vor der jetzigen Tätigkeit eine abhängige Beschäftigung bei diesem Auftraggeber ausgeübt?

bitte den Unterschied zur vorherigen Tätigkeit beschreiben

nein ja

4 **Anlagen zum Statusfeststellungsantrag**

Bitte beschreiben Sie das zu beurteilende Auftragsverhältnis auf der "Anlage zum Statusfeststellungsantrag zur Beschreibung des Auftragsverhältnisses" (Vordruck C0031).

Sind Sie Gesellschafter-Geschäftsführer, Fremdgeschäftsführer oder mitarbeitender Gesellschafter einer GmbH oder Geschäftsführer einer Familien-GmbH (siehe Ziffer 1.3), beschreiben Sie das Auftragsverhältnis bitte auf der "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für Gesellschafter / Geschäftsführer einer GmbH" (Vordruck C0032).

Sind Sie Angehöriger des Auftraggebers (siehe Ziffer 1.7), beschreiben Sie das Auftragsverhältnis bitte auf der "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für mitarbeitende Angehörige" (Vordruck C0033).

Ohne Beschreibung des zu beurteilenden Auftragsverhältnisses kann eine Statusfeststellung **nicht** erfolgen.

5 **Dokumentenzugang**

5.1 **Per De-Mail**

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:

5.2 **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

<input type="checkbox"/> als Großdruck	<input type="checkbox"/> als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
<input type="checkbox"/> in Braille (Kurzschrift)	<input type="checkbox"/> als Hörmedium (CD-DAISY Format)
<input type="checkbox"/> in Braille (Vollschrift)	

6 **Antrag / Erklärung des Auftragnehmers**

Hiermit beantrage ich nach § 7a Absatz 1 SGB IV festzustellen, dass eine Beschäftigung

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, werde ich mich bei folgender gesetzlichen Krankenkasse versichern (Eine Krankenkassenwahl ist nur möglich, wenn in den letzten 18 Monaten keine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse bestanden hat.):



Versicherungsnummer

Kennzeichen
4 8 7 9

noch Ziffer **6**

bitte Namen und Anschrift der Krankenkasse angeben
--

Ort, Datum

Unterschrift der Auftragnehmerin / des Auftragnehmers

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

