



Bundesagentur für Arbeit

Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag - selbständige Tätigkeit -



Kundennummer

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die Agentur für Arbeit benötigt die nachstehenden Angaben für die Beurteilung, ob Sie die Voraussetzungen für ein Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag nach § 28a Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) erfüllen. Der Antrag muss innerhalb von drei Monaten (Ausschlussfrist) nach Aufnahme der selbständigen Tätigkeit gestellt werden. Geben Sie bitte die vollständig ausgefüllten Antragsunterlagen möglichst persönlich ab. Um versicherungsrechtliche Nachteile zu vermeiden, beachten Sie bitte, dass das Antragsformular innerhalb von drei Monaten zurückgegeben werden soll. Wird das Antragsformular nicht termingerecht abgegeben, wird die Antragspflichtversicherung wegen fehlender Mitwirkung versagt. Kommen Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nach Ablauf der Frist nach, beginnt die Antragspflichtversicherung erst ab diesem Zeitpunkt. Bei der Abgabe der Antragsunterlagen weisen Sie sich bitte mit Ihrem Personalausweis/Pass oder Meldebestätigung aus.

Rückgabe des Antragsformulars bitte bis _____

Eingangsstempel der Agentur für Arbeit

Tag der Antragstellung

Die antragstellende Person hat sich mit Personalausweis Pass Meldebestätigung ausgewiesen _____ Datum/Hz.

Statistik: _____ Datum/Hz.

1. Daten der antragstellenden Person

1.1 Name, Vorname, Geburtsdatum

1.2 Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort, ☎, E-Mail-Adresse)

1.3 Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Angaben zum Versicherungspflichtverhältnis

Das Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag beginnt frühestens mit dem Tag an dem erstmals die Voraussetzungen erfüllt sind; es beginnt am _____

Ich bin als Selbständige/Selbständiger mit einem zeitlichen Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich tätig (siehe auch Nr. 5).

Die selbständige Tätigkeit

wird voraussichtlich enden am _____.

ist von vornherein befristet bis _____.

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise (z.B. Gewerbeanmeldung) bei.

3. Zeiten der Vorbeschäftigung / mit Anspruch auf Leistung

3.1 Innerhalb der letzten 2 Jahre vor Aufnahme der Tätigkeit/Beschäftigung (vgl. Nr. 2) war ich mindestens 12 Monate in einem Versicherungspflichtverhältnis:

von _____ bis _____ bei _____

von _____ bis _____ bei _____

von _____ bis _____ bei _____

Für jede Beschäftigung ist eine Arbeitsbescheinigung oder für Zeiten des Versicherungspflichtverhältnisses auf Antrag ein Beitragsnachweis beizufügen. Die Arbeitsbescheinigung erhalten Sie bei der örtlichen Agentur für Arbeit oder im Internet. Kann eine Arbeitsbescheinigung nicht mehr beigebracht werden, fügen Sie bitte Nachweise bei, die die Versicherungspflicht zweifelsfrei erkennen lassen.

Kunden-Nr. _____

3.2	Unmittelbar vor Aufnahme der selbständigen Tätigkeit (vgl. Nr. 2) hatte ich Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III (z.B. Arbeitslosengeld) Wenn ja , bei der Agentur für Arbeit _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3.3	Für die Zeit, für die ich mich versichern möchte, besteht ein anderes Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung Wenn ja , bitte Nachweis beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.	Beitragszahlung	
	Der Beitrag wird <input type="checkbox"/> monatlich gezahlt. <input type="checkbox"/> einmalig als Jahresbeitrag gezahlt. Der Beitrag <input type="checkbox"/> wird von mir eingezahlt (z.B. per Dauerauftrag) <input type="checkbox"/> soll vom BA-Service-Haus im Lastschriftverfahren eingezogen werden; das erforderliche SEPA-Lastschriftmandat ist beigelegt.	
5.	Zusätzliche Angaben zur selbständigen Tätigkeit	
5.1	Die selbständige Tätigkeit als _____ wurde am _____ aufgenommen. Die Aufnahme meiner selbständigen Tätigkeit wird mit einem Gründungszuschuss gefördert Wenn ja , von der Agentur für Arbeit _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5.2	Ich bin zum Geschäftsführer/Gesellschafter-Geschäftsführer bestellt Ich bin am Kapital der Gesellschaft beteiligt Wenn ja , in Höhe von _____ v.H. Die Beschlüsse kann ich mit Sperrminorität verhindern Mein versicherungsrechtlicher Status wurde durch die Einzugsstelle/Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund geklärt Wenn ja , bitte Bescheid beifügen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5.3	Ich übe meine selbständige Tätigkeit nicht in Deutschland, sondern in einem anderen Mitgliedsstaat der EU aus und bin nach den Vorschriften des anderen Mitgliedsstaates gegen Arbeitslosigkeit versichert.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erklärung: Ich versichere, die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen (z.B. Arbeitsaufnahme in Deutschland, Bezug von Arbeitslosengeld nach dem SGB III), die sich auf den Zeitraum beziehen, für den das Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag besteht, werde ich der Agentur für Arbeit unverzüglich anzeigen. Die „Hinweise zum Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag in der Arbeitslosenversicherung“ habe ich erhalten und sie zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass die für die Versicherung erforderlichen Daten gespeichert und maschinell verarbeitet werden. _____ Ort, Datum _____ Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller		
Die Richtigkeit der Änderung/Ergänzung wird bestätigt: _____ Ort, Datum _____ Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller		

Hinweis:

Die Bundesagentur für Arbeit hat die elektronische Akte eingeführt. Bitte beachten Sie, dass die von Ihnen eingereichten Papierunterlagen nach Überführung in die elektronische Akte und nach einer Aufbewahrungszeit von 6 Wochen vernichtet werden. Sollten Sie Ihre Original-Unterlagen wieder benötigen, teilen Sie dies bitte rechtzeitig schriftlich Ihrer Agentur für Arbeit mit.

Kunden-Nr. _____



Bundesagentur für Arbeit

SEPA Lastschriftmandat

Mandatsreferenz _____

Ich ermächtige die Bundesagentur für Arbeit, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Bundesagentur für Arbeit auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ihr Name:
Name des Zahlungspflichtigen

Ihre Adresse:
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Ort

.....
Land

Kreditinstitut
Kreditinstitut (Name)

BIC
Kreditinstitut (BIC)

IBAN
IBAN

Gläubiger-Identifikationsnummer DE63ZZZ00000002521
Kennung des Zahlungsempfängers

Zahlungsempfänger Bundesagentur für Arbeit
Regensburger Str. 104
90478 Nürnberg

Die Abbuchung der Zahlung erfolgt zentral durch die Zentralkasse (Service-Haus) der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg.

Die Vorabinformation zum Lastschriftverfahren erfolgt durch die Bundesagentur für Arbeit gesondert über Bescheid oder Rechnung. Mit der Vorabinformation wird mindestens 1 Tag vor dem Fälligkeitstag der Lastschriftbetrag, der Fälligkeitstag und die Zweckbestimmung mitgeteilt.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____