



3



Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag – Selbständige Tätigkeit

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. Um versicherungsrechtliche Nachteile zu vermeiden, beachten Sie bitte, dass das Antragsformular innerhalb von drei Monaten übermittelt/zurückgegeben werden soll. Wird das Antragsformular nicht termingerecht übermittelt/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 Übermittlung/Abgabe der Antragsunterlagen weisen Sie Ihre Identität bitte mit einer Kopie Ihres Personalausweises, Reisepasses oder Passes nach.



Hinweis Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen. Fehlen Angaben in einem mit Stern* markierten Feld, kann Ihr Antrag nicht reibungslos bearbeitet werden.

A. Angaben zur Person

- | | | |
|-----------------|------------------------|------------------------|
| 1 Vorname* | 2 Nachname* | 3 Geburtsdatum* |
| 4 Kundennummer* | 5 Versicherungsnummer* | |
| 6 Straße* | 7 Hausnummer* | 8 Postleitzahl* 9 Ort* |
| 10 Telefon | 11 E-Mail | |

B. Angaben zum Versicherungspflichtverhältnis

Das Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag beginnt frühestens mit dem Tag, an dem erstmals die Voraussetzungen erfüllt sind.

- 12 Wann beginnt das Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag?*
- Das Versicherungspflichtverhältnis beginnt am (TT.MM.JJJJ)
- 13 Sind Sie als Selbständige/Selbständiger mit einem zeitlichen Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich tätig?*
- (Siehe auch Abschnitt „E. Zusätzliche Angaben zur selbständigen Tätigkeit“).
- Ja Nein (weiter mit Abschnitt „F. Erklärung“)
- Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise (zum Beispiel Gewerbeanmeldung) bei.
- 14 Ist das Ende der selbständigen Tätigkeit bereits bekannt?*
- Ja Nein (weiter mit Abschnitt „C. Versicherungspflichtzeiten“)
- 15 Wenn ja, wann endet die selbständige Tätigkeit?
- Die selbständige Tätigkeit endet voraussichtlich am (TT.MM.JJJJ)
- Die selbständige Tätigkeit ist von vornherein befristet bis (TT.MM.JJJJ)



S1

C. Versicherungspflichtzeiten und Zeiten mit Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung

16 Waren Sie innerhalb der letzten 30 Monate vor Aufnahme der Tätigkeit/Beschäftigung mindestens 12 Monate in einem Versicherungspflichtverhältnis?*

Ja Nein (weiter mit 18)

17 Wenn ja, geben Sie diese Versicherungspflichtverhältnisse bitte in der folgenden Tabelle an.*

Von (TT.MM.JJJJ)	Bis (TT.MM.JJJJ)	Arbeitgeber/Leistungsträger	beschäftigt als/Leistung

Der Zeitraum einer Beschäftigung ist durch eine von Ihrem Arbeitgeber ausgestellte Arbeitsbescheinigung nachzuweisen. Den Vordruck erhalten Sie im Internet oder bei der örtlichen Agentur für Arbeit.

Sollten Sie eine Entgeltersatzleistung von der gesetzlichen Krankenkasse (auch im Auftrag eines Unfallversicherungsträgers) bezogen haben, teilen Sie uns bitte in der Tabelle unter Ziffer 17 auch die zuständige Krankenkasse mit. Die Agentur für Arbeit fordert dann die Bescheinigung über den Bezug direkt bei Ihrer Krankenkasse an.

Bis 31. Dezember 2022 ist diese Bescheinigung noch von Ihnen selbst beim jeweiligen Leistungsträger anzufordern.

Wenn Sie Übergangsgeld wegen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme oder volle Erwerbsminderungsrente von der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen haben, erfolgt die Abfrage der Bezugszeiten unter Angabe Ihrer Versicherungsnummer ebenfalls durch die Agentur für Arbeit zentral bei der Datenstelle der Rentenversicherung.

Bis 30. Juni 2023 ist diese Bescheinigung noch von Ihnen selbst beim jeweiligen Leistungsträger anzufordern.

18 Hatten Sie unmittelbar vor der Aufnahme der selbständigen Tätigkeit (siehe Abschnitt „B. Angaben zum Versicherungspflichtverhältnis“) Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III (zum Beispiel Arbeitslosengeld)?*

Ja Nein

19 Besteht für die Zeit, für die Sie sich versichern möchten, ein anderes Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung (§§ 25, 26 SGB III)?*

Ja (bitte Nachweise beifügen) Nein

20 Besteht für die Zeit, für die Sie sich versichern möchten, eine Versicherungsfreiheit in der Arbeitslosenversicherung (§§ 27, 28 SGB III)?*

Ja (bitte Nachweise beifügen) Nein

D. Beitragszahlung

21 In welchem Rhythmus wird der Beitrag gezahlt?*

Monatlich Einmalig als Jahresbeitrag

22 Wie wird der Beitrag gezahlt?*

Der Beitrag wird an die Bundesagentur für Arbeit überwiesen (zum Beispiel per Dauerauftrag).

Der Beitrag soll vom BA-Service-Haus im Lastschriftverfahren eingezogen werden.

Das erforderliche SEPA-Lastschriftmandat ist beigefügt.

E. Zusätzliche Angaben zur selbständigen Tätigkeit

23 Welche selbständige Tätigkeit üben Sie aus?*

24 Wann wurde die selbständige Tätigkeit aufgenommen?*

Die selbständige Tätigkeit wurde aufgenommen am (TT.MM.JJJJ)



25 In welchem Rechtskreis liegt der Tätigkeitsort?*

In den neuen Bundesländern

In den alten Bundesländern

26 Wird die Aufnahme der selbständigen Tätigkeit mit einem Gründungszuschuss gefördert?*

Ja

Nein

27 Sind Sie als

- Geschäftsführerin/Geschäftsführer
- mitarbeitende Gesellschafterin (Allein- oder Mehrheitsgesellschafterin)/mitarbeitender Gesellschafter (Allein- oder Mehrheitsgesellschafter) oder
- geschäftsführende Gesellschafterin/geschäftsführender Gesellschafter bestellt?*

Ja

Nein (weiter mit 32)

28 Wurde Ihr Erwerbsstatus durch die Einzugsstelle/Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund geklärt?*

Ja (bitte Bescheid beifügen)

Nein

29 Wenn nein, sind Sie am Kapital der Gesellschaft beteiligt?*

Ja

Nein (weiter mit 32)

30 Wenn ja, geben Sie bitte Ihren Anteil in Prozent an.*

Prozent

31 Können Sie die Beschlüsse mit Sperrminorität verhindern?*

Ja

Nein

Bitte Gesellschaftsvertrag beifügen.

32 Wird die selbständige Tätigkeit nicht in Deutschland ausgeübt, sondern von einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU) aus und sind Sie nach den Vorschriften des anderen Mitgliedsstaates gegen Arbeitslosigkeit versichert?*

Ja

Nein

F. Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen (zum Beispiel in meinen Kontaktdaten, Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Änderung der Bankverbindung bei Lastschriftverfahren), 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.

Eine Unterschrift ist nicht erforderlich bei elektronischer Antragstellung über: <https://www.arbeitsagentur.de>

33 Ort*

34 Datum*

35 Unterschrift*

G. Änderung/Ergänzung

Die Richtigkeit der Änderung/Ergänzung wird bestätigt.

Eine Unterschrift ist nicht erforderlich bei elektronischer Antragstellung über: <https://www.arbeitsagentur.de>

36 Ort*

37 Datum*

38 Unterschrift*

Hinweis

Die Bundesagentur für Arbeit führt die elektronische Akte. 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.



S3



3

SEPA Lastschriftmandat

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 belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Angaben zur Person

39 Vorname*

40 Nachname*

41 Kundennummer*

42 Straße*

43 Hausnummer*

44 Postleitzahl*

45 Ort*

46 Land*

Angaben zur Kontoverbindung

47 Kreditinstitut*

48 IBAN (22-stellig)*

49 BIC (11-stellig)

Zahlungsempfänger

Bundesagentur für Arbeit
Regensburger Straße 104
90478 Nürnberg
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE63ZZZ00000002521

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, die Mandatsreferenz und die Zweckbestimmung mitgeteilt.

Unterschrift

Bitte bestätigen Sie auch bei elektronischer Übermittlung Ihre Angaben mit Ort, Datum und Unterschrift.

50 Ort*

51 Datum*

52 Unterschrift*



S4