



# Bundesagentur für Arbeit

## Antrag auf freiwillige Weiterversicherung

Kundennummer

\_\_\_\_\_ Wird von der Agentur für Arbeit vergeben

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die Agentur für Arbeit benötigt die nachstehenden Angaben für die Beurteilung, ob Sie die Voraussetzungen für die freiwillige Weiterversicherung nach § 28a Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) erfüllen. Geben Sie bitte die vollständig ausgefüllten Antragsunterlagen persönlich ab. Um versicherungsrechtliche Nachteile zu vermeiden, beachten Sie bitte den von der Arbeitsagentur angegebenen Abgabetermin. Bei der Abgabe der Antragsunterlagen weisen Sie sich bitte mit Ihrem Personalausweis/Pass oder Meldebestätigung aus.

Eingangsstempel der Agentur für Arbeit

\_\_\_\_\_ Tag der Antragstellung

Rückgabe des Antrags bitte bis \_\_\_\_\_

Der Antragsteller hat sich mit  Personalausweis  Pass  Meldebestätigung ausgewiesen \_\_\_\_\_ Datum/Hz.

Statistik: \_\_\_\_\_ Datum/Hz.

### 1. Daten des Antragstellers

1.1 Name, Vorname, Geburtsdatum  
\_\_\_\_\_

1.2 Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort, ☎)  
\_\_\_\_\_

1.3 Bankverbindung, Bankleitzahl, Kontonummer  
\_\_\_\_\_

1.4 Versicherungsnummer 

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

### 2. Angaben zur freiwilligen Weiterversicherung

Die freiwillige Weiterversicherung soll am \_\_\_\_\_ beginnen, weil ich ab diesem Zeitpunkt

als Pflegeperson tätig bin und einen Angehörigen der Pflegestufen I bis III mit einem zeitlichen Umfang von wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflege.

als Selbständiger mindestens 15 Stunden wöchentlich tätig bin (siehe auch Nr. 6).

eine Beschäftigung im Ausland, außerhalb der Europäischen Union oder eines assoziierten Staates, ausübe (siehe auch Nr. 5).

Die vorgenannte Tätigkeit/Beschäftigung – als Voraussetzung für eine freiwillige Weiterversicherung -

wird voraussichtlich enden \_\_\_\_\_.

ist von vornherein befristet bis \_\_\_\_\_.

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise (z.B. Bescheid der Pflegekasse, Gewerbeanmeldung, Arbeitsvertrag) bei.

### 3. Zeiten der Vorbeschäftigung / des Leistungsbezugs

3.1 Innerhalb der letzten 24 Monate vor Aufnahme der Tätigkeit/Beschäftigung (vgl. Nr. 2) war ich mindestens 12 Monate versicherungspflichtig nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III):

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Für jede Beschäftigung ist eine Arbeitsbescheinigung beizufügen. Den Vordruck erhalten Sie bei der örtlichen Agentur für Arbeit. Kann eine Arbeitsbescheinigung nicht mehr beigebracht werden, fügen Sie bitte Nachweise bei, die die Versicherungspflicht zweifelsfrei erkennen lassen.

Kunden-Nr. \_\_\_\_\_

3.2	Innerhalb der letzten 24 Monate vor Aufnahme der Tätigkeit/Beschäftigung (vgl. Nr. 2) habe ich Leistungen nach dem SGB III (z.B. Arbeitslosengeld) bezogen: Leistung _____ von _____ bis _____ Kunden-Nr. _____ bei der Agentur für Arbeit _____
3.3	Für die Zeit, für die ich mich freiwillig weiterversichern möchte, besteht ein anderes Versicherungspflichtverhältnis zur Arbeitslosenversicherung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn <b>ja</b> , bitte Nachweis beifügen.
<b>4.</b>	<b>Beitragszahlung</b>
	Der Beitrag wird <input type="checkbox"/> monatlich laufend gezahlt. <input type="checkbox"/> als Jahresbeitrag gezahlt.
<b>5.</b>	<b>Nur bei Auslandsbeschäftigung</b>
	Die Auslandsbeschäftigung erfolgt im Rahmen einer Entsendung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wegen der Auslandsbeschäftigung (vgl. Nr. 1) ändert sich meine Adresse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn <b>ja</b> , bitte Adresse angeben: _____ _____
<b>6.</b>	<b>Nur bei selbständiger Tätigkeit</b>
	Ich bin zum Geschäftsführer/Gesellschafter-Geschäftsführer bestellt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ich bin am Kapital der Gesellschaft beteiligt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn <b>ja</b> , in Höhe von _____ v.H. Die Beschlüsse kann ich mit Sperrminorität verhindern <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Mein versicherungsrechtlicher Status wurde durch die Einzugsstelle/Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund (vormals BfA) geklärt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn <b>ja</b> , bitte Bescheid beifügen.
<b>Erklärung:</b> Ich versichere, sämtliche Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Etwaige Änderungen (z.B. Arbeitsaufnahme in Deutschland, Bezug von Arbeitslosengeld), die sich auf den Zeitraum beziehen, für den die freiwillige Weiterversicherung besteht, werde ich der Agentur für Arbeit unverzüglich mitteilen. Das Merkblatt „Freiwillige Weiterversicherung in der Arbeitslosenversicherung“ habe ich erhalten und von seinem Inhalt Kenntnis genommen.	
_____ Ort, Datum	
_____ Unterschrift Antragsteller	
Die Richtigkeit der Angaben/Änderung/Ergänzung wird bescheinigt:	
_____ Unterschrift Antragsteller	
_____ Unterschrift Antragsannehmer	

Raum für Eintragungen der Agentur für Arbeit: