





Aktenzeichen:

<p>3. Beziehen Sie regelmäßig Erwerb ersatz Einkommen (z. B. Rente, Krankengeld, Arbeitslosengeld) oder Arbeitslosengeld II bzw. Bürgergeld gem. § 19 Abs. 1 Satz 1 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte aktuellen Leistungsbescheid in Kopie beifügen.)</p>
<p><b>D. Angaben zur Befreiung wegen zu berücksichtigender Rentenversicherungszeiten oder entsprechender Zeiten</b></p> <p>1. Pflege eines Pflegebedürftigen</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Bescheinigung der Pflegekasse habe ich beigelegt. <input type="checkbox"/> Eine Bescheinigung der Pflegekasse soll von der Alterskasse eingeholt werden.</p> <p>Zuständig ist die Pflegekasse _____ Name und Anschrift der Pflegekasse</p> <p>_____</p> <p>Zu pflegende Person/en _____ Name und Versicherungsnummer/n der zu pflegenden Person/en</p> <p>_____</p>
<p>2. Ableistung von Wehr- oder Zivildienst</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Eine Bescheinigung der Dienststelle habe ich beigelegt.)</p>
<p>3. Erziehung eines Kindes (Bitte eine Kopie der Geburtsurkunde beifügen und eine der nachstehenden Erklärungen abgeben.)</p> <p><input type="checkbox"/> Ich erkläre hiermit, dass ich beabsichtige, mir die Kindererziehungszeiten in vollem Umfang in der Deutschen Rentenversicherung als Beitragszeit anrechnen zu lassen. Eine geteilte Zuordnung der Kindererziehungszeit auf beide Elternteile ist nicht beabsichtigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Anrechnung der Kindererziehungszeiten in der Deutschen Rentenversicherung ist nicht möglich, da ich einem anderen Versorgungssystem angehöre (z. B. Beamtenversorgung).</p> <p>Name des Versorgungssystems _____</p>
<p><b>E. Angaben zur Befreiung wegen Nichterfüllung der Wartezeit</b></p> <p>Waren Sie auch bei einer anderen Alterskasse bzw. bei einem anderen Alterssicherungssystem (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Beamtenversorgung) versichert?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar von _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr</p> <p>bei _____ Name der Alterskasse/Versorgungsstelle Mitgliedsnummer/Aktenzeichen</p>
<p><b>F. Personalien des Ehegatten oder des Lebenspartners</b></p> <p>_____</p> <p>Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname, Geburtsdatum)</p> <p>_____</p> <p>Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort</p>
<p><b>G. Erklärung und Unterschrift des Antragstellers</b></p> <p>Mir ist bekannt, dass die Befreiung von der Versicherungspflicht nur solange besteht, wie die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Den Wegfall des Befreiungsgrundes werde ich sofort mitteilen.</p> <p>Falls der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht abgelehnt wird, beantrage ich vorsorglich einen Beitragszuschuss.</p> <p>_____</p> <p>Datum Unterschrift</p>
<p>Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter <a href="http://www.svlfg.de/datenschutz">www.svlfg.de/datenschutz</a> bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.</p>